



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

HÄLSA, OJÄMLIKHET OCH ANSVAR

-En litteraturstudie av omvårdnadsforskning som använder ett intersektionalitetsperspektiv

Sara Gustén och Liv Nordlund

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2015
Handledare:	Ida Björkman
Examinator:	Ingela Hénock
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk)	Hälsa, ojämlikhet och ansvar – En litteraturstudie av omvårdnadsforskning som använder intersektionalitetsperspektiv
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2015
Författare	Sara Gustén och Liv Nordlund
Handledare:	Ida Björkman
Examinator:	Ingela Henoch

Sammanfattning:

Bakgrund: Utifrån en syn på hälsa som inkluderar människans sammanhang och påverkan av samhällets organisering, samt ett uppdrag för sjuksköterskan att aktivt verka mot de ojämlikheter i hälsa som existerar i vår värld, eftersöktes en kritisk teori inom omvårdnadsfältet. Intersektionalitetsperspektivet med sin förståelse för samverkande maktordningar eller identitetskategorier har på senare år använts inom omvårdnadsforskning över hela världen för att skapa kunskap relaterat till hälsoojämlikheter. **Syfte:** Att beskriva hur omvårdnadsforskning med inriktning på intersektionalitet har tillämpat intersektionalitetsperspektivet. **Metod:** Integrativ litteraturöversikt enligt en modell av Friberg (2012a). Studien baserade sig på 10 artiklar med både kvalitativ och kvantitativ metod funna genom sökning på databaserna Cinahl och PubMed och granskade enligt mallar av Friberg (2012a) samt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). **Resultat:** Materialet presenterades efter analys i två rubriker: *Intersektionalitetsperspektivet som forskningsansats* och *Intersektionalitetsperspektivet som grund för ny kunskap*. Perspektivet återkommer som teoretisk referensram i de flesta av studierna, och används också som analysverktyg i några av dem. Fokus ligger på att visa hur identitetskategorier eller maktrelationer samverkar i relation till individers eller grupperns hälsa. Perspektivet medför ofta ett fokus på tidigare glömda grupper inom hälsoforskningen och verkar kunna användas till att skapa viktig ny kunskap om utsatta grupper och ojämlikheter i hälsa generellt. Perspektivet pekar mot en mer ansvarstagande roll, både för forskaren och för sjuksköterskan. **Slutsatser:** Intersektionalitetsperspektivet lämpar sig väl för kvalitativ forskning men innebär vissa utmaningar för en kvantitativ ansats. Perspektivet kan bidra med kunskap som i förlängningen tillgängliggör vården för fler samt kan utgöra ett tillskott i personcentrerad vård och en mer icke-essentialistisk och nyanserad kulturell kompetens. Således kan intersektionalitetsperspektivet ses som ett välbehövligt inslag i omvårdnadsforskning som vill verka för utjämning av ojämlikheter i hälsa.

Nyckelord: Forskarrollen, hälsa, intersektionalitet, intersektionalitetsperspektiv, kategorier, omvårdnad, omvårdnadsforskning, ojämlikheter i hälsa, sjuksköterskans ansvar

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund	5
Hälsa	5
Hälsa – en rättighet	6
Hälsa – sjuksköterskans ansvar	6
Ojämlikheter i hälsa	7
Kulturell kompetens	7
Teoretisk referensram	8
Personcentrerad vård	8
Intersektionalitet	9
Situerad kunskap	10
Definitioner av begrepp	11
Etnicitet	11
Kön	11
Problemformulering	11
Syfte och frågeställningar	11
Metod	12
Litteratursökningen	12
Databaser, begränsningar och sökord	12
Inklusions- och exklusionskriterier	13
Urval och kvalitetsgranskning	13
Etiska överväganden	13
Dataanalys	14
Resultat	15
Intersektionalitetsperspektivet som forskningsansats	15
Det teoretiska ramverket	15
En bredd av tillvägagångssätt	16
Intersektionell analys	17
Synen på forskarrollen	18

Intersektionalitetsperspektivet som grund för ny kunskap	19
Utsatthet i samhälle - utsatthet i hälsa	19
Utsatta grupper som subjekt	20
Sjuksköterskans ansvar	21
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Metodval	22
Databaser, begränsningar och sökord	22
Urval och kvalitetsgranskning	23
Dataanalys	24
Förförståelse	24
Att röra sig i två skilda vetenskapliga fält	25
Resultatdiskussion	25
Intersektionalitetsperspektivet som forskningsansats	26
Perspektivet och forskningsmetoderna	26
Perspektivet och omvårdnadsteori	27
Intersektionalitetsperspektivet som grund för ny kunskap	27
Vem får bli studerad?	27
Perspektivet, tillgänglighet och kulturell kompetens	28
Det handlar om makt	29
Implikationer för praxis	30
Avslutande reflektioner	31
Referenslista	32
Bilaga I. Söktabeller	37
Bilaga II. Artikelöversikt	38

Inledning

“I vårdarbetet främjar sjuksköterskan en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattningar hos enskilda personer, familjer och allmänheten respekteras (...) Sjuksköterskan delar ansvar med samhället för att initiera och främja insatser som tillgodoser allmänhetens, och i synnerhet sårbara befolkningsgruppers, hälsa och sociala behov.”

s. 4. International Council of Nurses. (2014).

Under vår utbildning har vi uppmanats att möta den unika patienten vi har framför oss, att se individen som helhet med alla sina sidor för att kunna erbjuda en bra omvårdnad. Ett resonemang som kan ses i linje med de etiska koderna som citeras ovan. Vi menar dock att endast intentionen att förstå någon inte är nog för att skapa förståelse i mötet mellan sjuksköterska och patient. Speciellt om vi tänker in erfarenheter och omständigheter som är starkt kopplade till identitetskategorier som vi själva som sjuksköterskor inte delar, eller till typer av diskriminering och negativa bemötanden som vi själva aldrig har varit utsatta för. Det kan till exempel handla om kön, sexuell orientering, ålder eller migrationsstatus. För att skapa verklig förståelse behövs också kunskap. Utan denna kunskap och förståelse för patienten riskerar vi att praktisera ojämlik vård. Enligt citatet ovan skall fokus för sjuksköterskans arbete i synnerhet ligga på sårbara grupper. Samtidigt framkommer att omvårdnad och behandlingar vi lär oss att ge ofta är skapade utifrån forskning på privilegierade grupper i samhället. Forskning visar även att det finns stora ojämlikheter i hälsa bland olika grupper och personer, både i världen i stort och inom Sverige. Det ansvar som läggs på sjuksköterskan genom de etiska koderna och andra kompetensbeskrivningar kan därför sägas innebära en makt. Makten över vem som får ett bra bemötande, får bli sedd och förstådd och vem som får en god omvårdnad och i förlängningen en ökad hälsa.

Inom omvårdnadsforskning har vissa forskare börjat “låna” verktyg från kunskapsfält som sedan länge varit sysselsatta med att förstå och motverka maktojämligheter och orättvisor i samhället. Vi tror att hälsa och ojämlikheter i hälsa måste analyseras från ett sådant perspektiv, som tar hänsyn till de maktordningar som formar våra samhällen och därmed individerna som lever i dem. Intersektionalitetsperspektivet är ett sådant verktyg. Det sysselsätter sig med förtryck och utjämning av social orättvisa och därför tror vi att det har något att bidra med till omvårdnadsfältet. Intersektionalitetsteorin adresserar flera maktordningar samtidigt och vi anar här en potential att ta igen den brist som tidigare präglade omvårdnadsfältet. Både när det gäller att fokusera på utsatta grupper och gällande relationen mellan individen och dess sammanhang.

Bakgrund

Hälsa

Synen på *hälsa* och vad det innebär att ha hälsa har ändrats över tid och varierar i olika grupper och samhällen. Det har setts som alltifrån känslan av att fysiskt må bra till en belöning för ett gudfrukligt och riktigt liv. Definitionen av begreppet har sysselsatt många både innanför och utanför omvårdnadsvetenskapen. Hälsa har bland annat beskrivits som ett tillstånd, en process, en diagnos, ett svar, ett mål eller som ett mått på välbefinnande (Willman,

1996). Två huvudspår i definitionen av hälsa kan dock utrönas; hälsa som frånvaro av sjukdom, eller ett mer holistiskt synsätt där människan ses som en icke-statisk helhet som rör sig mellan hälsa och ohälsa (Willman, 1996). Inom omvårdnadsvetenskapen har försök gjorts att närma sig Världshälsoorganisationens (WHO) definition av hälsa. Denna definition innebär att hälsa ses som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart som frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning (World Health Organisation, 1948). En sådan definition blir ett steg iväg från den biomedicinska vetenskapens mer objektiva syn på hälsa. Här blir istället hälsa något subjektivt (Willman, 1996). Inom omvårdnadsvetenskapen betonas också ofta den salutogena hälsoteorin, vilken ser till livssammanhanget och vilka faktorer som bidrar till att skapa eller upprätthålla hälsa för individen (Willman, 1996). Här talas om ett behov av en känsla av sammanhang (KASAM) för att uppleva hälsa. KASAM utgörs av de tre komponenterna meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. Om människan kan se sina handlingar som meningsfulla och se ett sammanhang i och uppfatta tillvaron som hanterbar, ökar möjligheten till att ha hälsa (Antonovsky, 2005). Hälsa kan alltså existera oberoende av sjukdomar. Även omvårdnadsteoretikern Katie Erikson relaterar hälsa till själva meningen med livet. Man kan inte utgå från att en människa har ett driv att behålla sin hälsa om personen upplever att livet saknar mening. Erikson (1995) menar att denna utgångspunkt hindrar oss från att se hälsa som begränsad till enbart beteende och goda hälsovanor. Inom folkhälsoarbete poängteras vikten av att betrakta hälsa som en resurs för individen och samhället. För att kunna åtnjuta god hälsa måste en person kunna identifiera och genomföra önskningar, tillgodose behov och klara sig i sin fysiska och sociala miljö (Pellmer, Wramner & Wramner, 2012). Utifrån alla dessa definitioner av hälsa blir individens olika sammanhang av vikt då individens hälsa ska diskuteras. Dessa sammanhang står naturligtvis i relation till det samhälle individen lever i och hur detta samhälle är uppbyggt, till exempel om vissa grupper har sämre tillgång till vård. Som utgångspunkt i vår uppsats förstår vi alltså hälsa som något som inte kan särskiljas från samhällets organisering och strukturer.

Hälsa - en rättighet

Rätten till hälsa fastställs i flera internationella konventioner. Förenta Nationernas (FN) deklaration för mänskliga rättigheter anger allas rätt till en levnadsstandard som är tillräcklig för den egna och familjens hälsa samt mat, kläder, boende och sjukvård (Förenta Nationerna, 1948). FN:s generalförsamling antog 1976 konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, vari allas rätt till bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa fastslås (Förenta nationerna, 1976).

Dessa internationella överenskommelser är inte lagligt bindande, men det finns trots detta en stark förväntan från det internationella samfundet att följa dem. År 2002 utsåg FN:s råd för mänskliga rättigheter en särskild rapportör för rätten till hälsa som genom besök, rapporter och uppföljningar ska främja rätten till hälsa som en grundläggande mänsklig rättighet (Forman & Bomze, 2012). I den svenska hälso- och sjukvårdslagen (HSL) står angivet att en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen är målet för hälso- och sjukvården, samt att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde (HSL 1982:763).

Hälsa - sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskan delar självklart de mål som HSL anger för hela sjukvårdsapparaten. I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sköterskor understryks att ICN:s kod bör ligga till

grund för sjuksköterskans arbete med att främja hälsa och förebygga ohälsa. Vidare anges att sjuksköterskan skall tillgodose patientens specifika behov och inte bara fysiska utan psykiska, sociala, kulturella och andliga (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskan har alltså ett ansvar och ett mål inte bara att främja hälsa hos individen, utan även i samhället i stort. I detta ansvar ingår att utjämna olikheter i tillgång till vård och hälsa. Lika fall ska behandlas lika och den eller de som har störst behov skall ges företräde (HSL 1982:763). Ansvaret för att utjämna olikheter i befolkningens hälsa ligger självklart även på politisk nivå med beslut kring välfärd. Emellertid kan den individuella sjuksköterskan inte svära sig fri från att aktivt arbeta för att utjämna de olikheter som faktiskt präglar världen utifrån det som framgår i kompetensbeskrivningen och den etiska koden.

Ojämligheter i hälsa

Trots de riktlinjer och lagar om allas lika värde och rätt till hälsa som beskrivits ovan, finns en stor ojämlikhet i hälsa världen över. Vilket kön du tilldelas, var någonstans du är född och av vem, vilken utbildning och arbete du har får stora konsekvenser för hälsa på gruppnivå. Statistiska centralbyråns undersökningar om den svenska befolkningens hälsa visar både på hur ohälsosamma levnadsvanor och olika typer av diagnoser kopplade till ohälsa är fördelade i befolkningen. Statistiken visar att ohälsosamma levnadsvanor såsom rökning, osunda matvanor och narkotikabruk, är mer vanligt förekommande i utsatta grupper, så som lågutbildade eller låginkomsttagare. I åldersgruppen 30-64 år med endast förgymnasial utbildning röker 22 % dagligen. I samma åldersgrupp med eftergymnasial utbildning röker 7 %. Av de som är födda utanför Sverige, röker 17 % dagligen jämfört med 10 % i gruppen inrikes födda (med två inrikes födda föräldrar). Om en istället tittar på specifika diagnoser kan en se skillnader till exempel beroende på kön eller geografisk hemvist. Andelen kvinnor i den svenska befolkningen som besvärar av oro och ångest är 23 % jämfört med 15 % av männen. Av kvinnor i storstadskommuner har 32 % övervikt eller fetma, medan 47 % av kvinnor i övriga kommuner har övervikt eller fetma. Det går alltså tydligt att se hur människors hälsa varierar i olika grupper av befolkningen, så som könsmässigt, socioekonomiskt, var en är uppväxt och var en bor någonstans (SCB, 2015).

Tillgång till vård och vilken typ av vård som finns tillgänglig får också stora konsekvenser för människors hälsa, och även här går att se stora skillnader på gruppnivå. Sveriges kommuner och landsting (SKL) har tagit fram två kunskapsöversikter angående ojämlikheter i hälsa; en med fokus på könsskillnader och en baserad på sociala eller socioekonomiska faktorer. Kunskapsöversikten med fokus på könsskillnader menar att det finns flera könsskillnader i vårdtillgång som inte tycks vara motiverade av medicinska skäl. Till exempel visar studier att män generellt har bättre tillgång än kvinnor till nyare och dyrare läkemedel, och att kvinnor i mindre utsträckning får behandling enligt de nationella riktlinjerna (SKL, 2007). Kunskapsöversikten som behandlar sociala faktorer och vårdtillgång visar att det finns ojämlikheter i hur vård ges, både vad gäller prioriteringar och likabehandling, och nästan alltid till de socialt utsattas nackdel. Inom hjärtsjukvården finns tendenser till att ge olika vård till olika grupper i befolkningen. Undersökningar visar till exempel att patienters socioekonomiska status påverkar sannolikheten att behandlas med den förordade behandlingen för att få igång blodcirkulationen till hjärtat efter en hjärtinfarkt. Skillnader skapas också utifrån den konkreta omvårdnaden och behandlingarna. Daniels & Schultz (2006) visar att vedertagen omvårdnad och de behandlingar som ges ofta är skapade utifrån

forskning och praxis som utgått från privilegierade grupper, vilket bidrar till ojämlikheter i hälsa mellan grupper i samhället. Flera områden inom sjukvården följer samma mönster; att socialt utsatta grupper får annorlunda eller sämre vård än mer förmögna samhällsgrupper. Inom äldre vården ges oftare nyare mediciner och mer sällan olämplig eller överdriven läkemedelsförskrivning till patienter med högre utbildning jämfört med lågutbildade. Patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) med låg utbildningsnivå behandlas oftare än andra med gammalmodiga metoder och hjärtsviktpatienter med hög utbildningsnivå behandlas oftare än andra med nyare och dyrare metoder. Skillnader i hur och när människor söker vård kan också ses. En stor skillnad i hur ofta människor söker vård kan ses hos utlandsfödda personer jämfört med personer födda i Sverige. De svenskfödda med samma vårdbehov söker i dubbelt så stor utsträckning vård (SKL, 2009).

Kulturell kompetens

Redan Florence Nightingale talade om att sjuksköterskan måste betänka patientens kulturella bakgrund. De senaste åren har dock detta kommit att betonas inom vården i en långt större utsträckning. Den ökade globaliseringen och migrationen av människor har skapat patientgrupper med större kulturell diversitet än vad som tidigare setts (Jirwe, Girresh, Keeney & Emami, 2009a). Detta ställer krav på dem som arbetar inom vården och det har börjats tala om vikten av att inneha kulturell kompetens. Jirwe et al. (2009a) beskriver kulturell kompetens som attityder, kunskaper och beteenden som är värdefulla i möten mellan personer tillhörande olika kulturer. Med kultur menas språk, institutioner, trosuppfattningar, seder och handlingar specifika för olika etniska, sociala eller religiösa grupper (Jirwe et al., 2009a). Denna kompetens sträcker sig även till att röra aspekter av patientens syn på sig själv, och faktorer som kön, sexuell orientering, klass och utbildningsnivå. Fokus för kompetensen hamnar lätt på etnicitet och då specifikt etniska minoriteter. Detta kan kanske sättas i relation till att begreppet växt fram för att fler olika etniska grupper utgör patientbasen, och vilka konnotationer termen kultur har, då vi använder det som något som en människa innehar eller kommer ur. Kompetensen skall dock handla om att kunna vårda alla patienter (Jirwe, Momemi & Emami, 2009b). Kommunikation återkommer som en viktig beståndsdel i kulturell kompetens. Kulturell medvetenhet betonas också, vilket handlar om att göra sig medveten även om sina egna attityder, vanor, värderingar och fördomar (Jirwe et al., 2009a). Vad som menas med kultur är som synes brett och utifrån våra teoretiska utgångspunkter är det av vikt att nämna att vi förstår kultur inte som något fast utan som något flytande och föränderligt. Något som självklart komplicerar vad den kulturella kompetensen egentligen kan innebära.

Teoretisk referensram

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård är ett synsätt inom vård och omvårdnad som uppmanar vårdpersonal att sätta patientens egen upplevelse av sin hälsa i fokus. Begreppet växte fram under mitten av nittonhundratalet och användes ursprungligen främst inom demensvården. Idag är det spritt till olika delar av världen och används i nationella riktlinjer och styrande dokument inom sjukvården i stort (Edvardsson, 2010). Man gör skillnad på uttrycken personcentrerad vård och patientcentrerad vård, eftersom tanken är att se patienten som en unik person och en individ med egna tankar, önskningsar och upplevelser. Fokus flyttas från sjukdom och diagnos till personens egna upplevelser (Ekman et al., 2011). I en artikel om implementering av

personcentrerad vård menar Alharbi, Ekman, Olsson, Dudas & Carlström (2012) att det handlar om en form av *empowerment*. Patienten skall beredas plats för att få ta en aktiv roll i den egna vården (Alharbi et al., 2012). Partnerskap, patientberättelse, delat beslutsfattande och dokumentation är de bärande delarna inom personcentrerad vård. Patientberättelsen som skapas i mötet mellan vårdare och patient är den plats där patienten får ge sin egen bild av sin hälsa, sina symptom, sina farhågor, mål och förhoppningar. Sjuksköterskans uppgift är att lyssna, försöka förstå och se till att vården utformas utefter berättelsen. Patientberättelsen blir förutsättningen för det partnerskap mellan personal och patient som personcentrerad vård vilar på. Partnerskapet innebär att patient och personal delar information men också beslutsfattande om vård och behandling. För att underlätta och säkra partnerskapet dokumenteras patientens erfarenheter och berättelser i journaler och annan dokumentation (Ekman et al., 2011). Synsättet innebär en utmaning för sjuksköterskan. När det inte bara är diagnosen som skall behandlas och tas in i beräkningen krävs det att sjuksköterskan har förståelse för individens olika sammanhang och hur de formas.

Intersektionalitet

Intersektionalitet är en relativt ny term inom fältet för omvårdnadsforskning och härstammar från början från en skärningspunkt mellan svart feministisk teori, queerteori och postkolonial teori. Själva ordet kan härledas till engelskans *intersect*, att korsa (Lykke, 2003). Begreppet introducerades av juristen och den feministiska teoretikern Kimberlé Crenshaw som skrev om svarta kvinnors erfarenheter och visade hur dessa hela tiden baserades på en interaktion mellan etnicitet och kön. Crenshaw visar hur erfarenheten av att vara svart inte kan skiljas från att vara kvinna och vice versa. Denna interaktion står alltid i relation till samhälleliga maktstrukturer baserade på etnicitet och kön. Samtidigt pekar hon på att de kritiska röster och rörelser mot förtryck baserat på kön eller etnicitet inte känts vid detta. Kampen mot könsförtryck har utgått från den vita kvinnan och antirasistisk kamp från den svarte mannen. Genom ett intersektionellt tänkande kan även förtrycket av den svarta kvinnan inkluderas (Crenshaw, 1993).

Identitetskategorierna som Crenshaw talade om; etnicitet och kön, förstås i relation till samhälleliga strukturer. I samhället fördelas makt, privilegier och förtryck enligt linjer dragna av dessa kategorier. Kvinnor som grupp tjänar mindre och finns i lägre grad representerade på maktpositioner än män som grupp. Personer med vissa efternamn har svårare att få ett jobb än personer med andra typer av efternamn. Personer med vissa kroppar kan inte ta sig in i vissa rum eller på vissa fordon i den kollektivtrafik som skall finnas till för alla. Sedan Crenshaw först myntade begreppet har innebörden av intersektionalitet utvecklats och kommit att röra en förståelse av hur olika sociala kategorier, exempelvis etnicitet, funktionalitet, ålder och klass, korsas inom en och samma individ. Kategorierna som är kopplade till våra identiteter förstås inte som fasta essenser hos personen som tillhör dem, utan som socialt konstruerade. Det går inte att förstå de olika kategorierna som additiva utan snarare som multipla (Lykke, 2009). Med detta menas att en inte kan titta på olika typer av utsatthet och förtryck som företeelser som en i taget är staplade på varandra. Istället griper de in och påverkar varandra. De maktojämligheter som baseras på dessa kategorier och som präglar våra olika samhällen och oss som individer, ses vara samverkande och oupplösligt förenade i varandra (Lykke, 2003). Enkelt uttryckt kan en säga att det inte går att prata om en av kategorierna, till exempel kön, utan att ta de andra med i beräkningen. Det finns inget som kan sägas gälla alla kvinnor. Beroende på kvinnans levnadsvillkor, som präglas av andra aspekter av hennes identitet,

såsom klass, etnicitet eller sjukdomsstatus, ser situationen olika ut. På samma gång påverkas en kvinnas sjukdomsstatus av hennes klasstillhörighet, ålder eller etnicitet. Samtidigt är det svårt, om inte omöjligt, att lyckas inkludera alla relevanta kategorier i en analys eller beskrivning. Det finns en fara i att hävda ett helhetsgrepp då en självklart alltid glömmer eller bortser från några aspekter (Lykke, 2005). Intersektionalitet används både som ett teoretiskt ramverk och ett analysverktyg för att förstå och motverka ojämlikhet. Det är i allra högsta grad ett politiskt begrepp, och kan vara ett viktigt redskap både för att förstå vår föränderliga värld och för att kunna skapa förändring (Lykke, 2003).

Intersektionalitetsbegreppet har sin hemvist i många olika teoribildningar och tolkas och presenteras lite olika beroende på vilken av dem vi rör oss inom. Komplexiteten och svårigheten i att helt ringa in innebörden i perspektivet ser vi som en tillgång som möjliggör skapandet av ny kunskap på nya sätt. Ursula Kelly, professor i omvårdnad, beskriver intersektionalitet som en möjlighet att länka ojämlikheter inom hälsa till social orättvisa. Hon menar att intersektionalitetsperspektiv medför ett fokus på grupper som tidigare inte studerats inom hälsoforskning och vars villkor därmed inte funnits med i insatser för ökad hälsa (Kelly, 2009). Med hjälp av omvårdnadsforskare som Kelly (2009) och Bowleg (2012) ser vi det som ett sätt att röra oss på fler plan än det biomedicinska perspektiv som ofta härskat inom forskning om vård och hälsa. Weber (2006) menar i sin artikel att det biomedicinska perspektivet och ett intersektionellt perspektiv måste mötas i ett ömsesidigt givande och tagande för att på så vis kunna skapa kunskap om hur ojämlikheter inom hälsa bäst bekämpas.

Vi kommer i vårt arbete att diskutera *intersektionalitetsperspektivet* inom omvårdnadsforskning. Vi förstår detta intersektionalitetsperspektiv utifrån Lykkes definition som ett perspektiv som erkänner skillnader mellan människor och deras makt och position i samhället, utan att för den skull hävda att dessa skillnader är fastlåsta eller essentiella (Lykke, 2005). Perspektivet möjliggör istället ett fokus på det förtryck och de privilegier, som de olika kategorierna som vi som individer och samhälle är uppdelade i, medför. Något som vi finner högst relevant i relation till en förståelse för ojämlikheter i hälsa.

Situerad kunskap

Det teoretiska antagande som vårt avstamp i intersektionalitetsperspektivet innebär gör att vi vill stanna upp något kring vår syn på kunskapsproduktion. Inom genusforskning, där intersektionalitetsperspektivet flitigt använts, finns en tradition att se all vetenskapsproduktion som situerad (Lykke, 2009). Den feministiska filosofen och vetenskapsteoretikern Donna Haraway beskriver det som att vår verklighet inte kan förstås av en enda stor berättelse som omfattar allt. Det finns istället en mängd berättelser eller sanningar om kunskapen om världen. Detta synsätt går inte ihop med en objektiv kunskap eller kunskapsproduktion (Lykke, 2009). Därmed är det inte i linje med det biomedicinska perspektivet om en objektiv forskare som genom en genomskinlig process kan skapa pålitliga och valideringsbara resultat och en objektiv sanning om sakernas tillstånd. Då detta perspektiv delvis finns som ett paradigm inom omvårdnadsforskning ser vi det som att vi ställer oss med en fot vardera i två olika fält av kunskapsproduktion med denna uppsats. Även den kunskap vi skapar med den här uppsatsen är situerad. Om vi skulle göra om detta om tio år eller om två andra personer istället gjort det, hade andra val och formuleringar gjorts och det skulle skapat en annan berättelse, andra resultat och således en annan kunskap. Detta gör inte vår mindre sann. Men det blir av största vikt att redogöra och resonera kring vilka utgångspunkter en har då en

tänker och tolkar. Vi ser alltså på forskning som något ofrånkomligt värdebaserat. Forskaren kan aldrig frigöra sig från sin specifika situering och de konsekvenser denna ger för de val, definitioner och formuleringar som hen gör i sin forskning. Omvårdnadsforskaren Zowie Davie (2011) menar att även vårdpraktik är något politiskt. Detta eftersom vårdpersonal är medvetna varelser som påverkas av sina samverkande kategorier och de institutioner där de arbetar. Institutioner som i sin tur påverkas av maktstrukturer baserade på makt, kön, sexualitet och andra sociala relationer.

Definitioner av begrepp

Etnicitet

I detta arbete kommer *etnicitet* inte förstås som en egenskap utan som en situationsbunden föränderlig kategori. Människor deltar själva i utformningen av den etniska tillhörigheten samtidigt som den alltid skapas i relation till omgivningen och andra etniska tillhörigheter (Wikström, 2009). Liksom Wikström menar vi att etnicitet inte kan förstås som en egenskap utan är djupt involverad i skillnadsskapande mellan människor som är kopplat till makt (Wikström, 2009). I nordamerikansk kontext och därmed i flera av våra artiklar talas det om *race*. Vi har valt att inte översätta *race* med *ras* då *ras* på svenska associeras så starkt till ett tänkande som grundas i rasbiologiska och rasistiska indelningar av människor. Vi använder istället etnicitet, men är medvetna om att även denna kategori kan användas för ett uppdelande av människor där de tillskrivs egenskaper som ses ligga i deras natur på basis av deras utseende och deras reella eller förmodade ursprung.

Kön

I linje med vår förståelse av begreppet etnicitet förstår vi även *kön* som en socialt konstruerad kategori. Denna baseras på människokroppens utseende, där mänskligheten oftast delas in i, två till varandra motsatta, kön. Synen på kön som socialt konstruerat står dock inte i motsats till en levd erfarenhet utifrån det kön en klassas som. Vi menar att kön inte kan reduceras till individuella karaktärsdrag, men icke desto mindre skapar ens könstillhörighet som man, kvinna eller något annat, erfarenheter och upplevelser som är konkreta och högst verkliga.

Problemformulering

Forskning visar att människor har olika hälsa beroende på var de är uppväxta eller bor, kön, etnicitet, intellektuella eller fysiska funktionsvariationer eller andra identiteter och sociala kategorier. Riktlinjer för sjuksköterskans arbete säger att vårt uppdrag är att främja hälsa och att medverka till att utjämna olikheter i hälsa. För att ha chans att kunna utjämna dessa skillnader och ge en god omvårdnad måste förutom diverse insatser och förändringar en förståelse skapas om varför ojämlikhet i hälsa överhuvudtaget uppstår. Denna enkla sanning länkar sjuksköterskans arbete till ett samhällsvetenskapligt fält med förståelse för samhälleliga strukturer. Relationerna mellan de kategorier vi här räknat upp måste tas i beaktande. Hur etnicitet hör ihop med socioekonomisk position eller kön med ålder. Ett sätt att förstå detta är genom ett intersektionalitetsperspektiv och vi vill därför undersöka hur perspektivet kan användas inom omvårdnadsfältet och specifikt i omvårdnadsforskning. Vi vill se på hur forskningen använt sig av perspektivet, och om och hur perspektivet kan tillföra kunskap. En kunskap som sjuksköterskan kan använda sig av för att se och utjämna skillnader i hälsa och för att bättre kunna se varje patient som en hel individ och ge ett gott bemötande.

Syfte och frågeställningar

Vi vill beskriva hur omvårdnadsforskning med inriktning på intersektionalitet har tillämpat intersektionalitetsperspektivet.

För att specificera vårt syfte ytterligare valde vi att rikta två forskningsfrågor till vårt material:

- Hur har intersektionalitetsperspektivet tillämpats rent konkret och metodologiskt?

- Vilka kunskapsmässiga resultat kan intersektionalitetsperspektivet bidra till?

Metod

För att studera omvårdnadsforskning som använder sig av intersektionalitetsperspektiv valde vi att göra en integrativ litteraturöversikt så som beskrivs av Friberg (2012a). Detta tillvägagångssätt innebär ett strukturerat arbetssätt som möjliggör en studie av ett visst kunskapsområde, där en översikt skapas genom beskrivning eller syntetisering av data. För att kunna besvara föreliggande forskningsfråga på bästa sätt ville vi att urvalet skulle innehålla både kvantitativa och kvalitativa artiklar, till vilket Fribergs (2012a) tillvägagångssätt lämpar sig.

Litteraturöversikten lades upp enligt Friberg (2012a) på följande sätt:

1. Inledande litteratursökning med fokus på en övergripande bild av intresseområdet. Anläggande av ett så kallat helikopterperspektiv. Problemformulering och syfte.
2. Egentlig litteratursökning. Mer syftes Anpassade och precisa sökningar.
3. Avgränsning till ett urval av studier. Formulering av inklusions- och exklusionskriterier utefter vad som framkommit i sökningarna och med utgångspunkt i vår problemformulering.
4. Granskning av studiernas kvalitet. Dokumentation av de valda studierna i en översiktstabell.
5. Analys av studierna. Denna gjordes enligt Fribergs beskrivning av litteraturöversikt samt beskrivande metasyntes (Friberg, 2012a respektive Friberg, 2012c).

Litteratursökning

I en integrativ litteraturöversikt är problemformuleringen minst lika viktig som vid en empirisk studie (Friberg, 2012a). Arbetet startades därför med en inledande litteratursökning för att vi skulle få en bild av hur forskningsområdet ser ut inom intresseområdet; vad finns forskning på och vad finns det inte forskning på, och hur ser denna forskning ut? (Friberg, 2012b). Den inledande sökningen gjordes i Pubmed, Cinahl och Scopus men även via Google och encyklopedier. Även vetenskapliga tidskrifter av mer genusvetenskaplig karaktär studerades med tanke på vårt ämnesområde. På detta vis inhämtade vi viktig information om ämnets natur, möjliga avgränsningar och ökad kunskap om vilka sökord som kunde tänkas vara relevanta inför det som Friberg kallar den egentliga litteratursökningen (Friberg, 2012b). Efter att vi hade formulerat problemområdet förde vi således processen vidare med denna informationssökning. Den finns redovisad som bilaga I.

Databaser, begränsningar och sökord

Vi gjorde den första egentliga litteratursökningen i den omvårdnadsorienterade databasen Cinahl. Denna första sökning kompletterades med en sökning i den större databasen Pubmed, med medicin som huvudämne, för att säkerställa att inget relevant missades. För att avgränsa ämnesområdet samt säkerställa att forskningen var aktuell och höll vetenskaplig kvalitet begränsade vi sökningarna till artiklar som blivit peer-reviewed och publicerats från och med januari 2010 och framåt. Vi inledde sökningen med det engelska intersectionality inom citationstecken. Eftersom begreppet kan användas på olika vis och då vi eftersökte en bredd på material använde vi trunkering i den egentliga informationssökningen (Östlundh, 2012). Den första sökningen inom respektive databas med 'intersectional*' gav alltför många träffar för en genomgång av abstracts. Enligt boolesk söklogik användes AND för att ringa in

omvårdnadsforskning som använder intersektionalitetsperspektiv på något sätt (Östlundh, 2012). De sökord vi valde som kombination var främst 'nurs*' men även 'patient', 'power relations', 'sex factors', 'social class', 'race factors', 'cultural diversity' och 'social justice' användes för att ringa in vårt område. Med tanke på det relativt smala forskningsfältet för föreliggande ämne behövde vi inte använda NOT.

Sekundärsökning

För att effektivisera informationssökningen gjorde vi en sekundärsökning av det preliminära urvalet (Östlundh, 2012). Det innebär att vi utförde en systematisk genomgång av samtliga relevanta eller intressanta artiklars referenslistor. Vi sökte upp studier som citerat de artiklar vi redan funnit intressanta och relevanta mot arbetets syfte. Databasernas funktion *liknande artiklar* användes även. Dessa sökningar ledde till relevanta abstracts men slutligen inte till några nya artiklar som vi valde ut till granskning.

Inklusions- och exklusionskriterier

Då syftet med vår uppsats är att skapa en översikt över omvårdnadsforskning som på ett eller annat sätt utgår från intersektionalitetsperspektiv, bestämde vi att bara inkludera artiklar som uttryckligen använder sig av begreppet intersektionalitet i abstract eller inledning. Vidare hade vi en önskan om ett tydligt omvårdnadsfokus i artiklarna och därför inkluderade vi enbart artiklar som var publicerade i vedertagna omvårdnadsvetenskapliga tidskrifter eller vars författare är legitimerade sjuksköterskor. Artiklar som ej fanns att hitta i fulltext via databasen utan måste beställas fram, samt de som var skrivna på annat språk än svenska eller engelska exkluderade vi.

Urval och kvalitetsgranskning

Det preliminära urvalet utfördes i relation till vår problemformulering och specifika syfte. Vi valde ut de artikeltitlar som verkade svara mot dessa och läste totalt 50 abstracts. Av dessa abstracts ansåg vi att 19 stycken svarade mot vårt syfte och dessa artiklar läste vi i sin helhet. Utifrån arbetets syfte samt inklusions- och exklusionskriterier valdes nio artiklar bort och resterande fick utgöra vår studies preliminära material. Dessa utgjordes av nio kvalitativa studier och en kvantitativ studie. Vi valde bort artiklar som vid genomläsning visade sig vara mer av översiktskaraktär. Två av de lästa artiklarna var skrivna av samma författare och behandlade samma grundstudie varför vi valde bort den minst aktuella. En studie som endast nämnde intersektionalitetsperspektivet som en möjlig väg att gå vidare utifrån de resultat som presenterades föll även den bort. För att garantera vårt materials vetenskapliga kvalitet följdes urvalsprocessen av en kvalitetsgranskning. Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) har gjort en mall för kvalitetsgranskning av kvalitativa artiklar. De kvalitativa studierna i materialet granskade vi enligt denna. Den av artiklarna som var av kvantitativ karaktär skiljde sig emellertid i upplägg från det som förutsätts i Willmans modell. Därför granskades denna enligt Fribergs modell för kvantitativa studier (Friberg, 2012a). För att åstadkomma en granskning med större tyngd och bredd gjorde vi först en granskning var och en för sig och sammanförde dem sedan (Willman et al., 2011). En sammanställning av denna granskning innehållandes de valda artiklarna står att läsa i bilaga II.

Etiska överväganden

Samtliga studier har blivit etiskt granskade och godkända i sina respektive länder. Vissa av artiklarna rör sekundäranalysen av en större studie och då är det den första studien som

erhållit det etiska godkännandet. Då många av studierna rörde extremt utsatta grupper av människor ansåg vi ett sådant godkännande och en etisk diskussion vara av största vikt. De av studierna som rör ungdomar betänktes särskilt, då personer under 18 år räknas till barn och därmed bör beaktas med extra hänsyn i forskningssammanhang.

Dataanalys

Sammanställningen av artiklarna, som vi gjorde enligt kvalitetsgranskningsmallen, blev i sig ett sätt för oss att öka förståelsen för materialet som helhet samt artiklarnas innehåll och karaktär. Denna använde vi som utgångspunkt för ett första steg i analyserandet. Enligt Friberg kan det i analysarbetet i en litteraturöversikt vara av vikt att titta på mer än bara studiernas resultat (Friberg, 2012a). Utifrån vårt syfte blev det relevant att titta på studiernas samtliga delar. Vi såg intersektionalitetsperspektivets användning framträda i såväl inledning som bakgrund, resultat och diskussion. Några av de valda artiklarna följde inte det "traditionella upplägget" för en vetenskaplig studie med bakgrund följd av metod och resultat. Detta ansåg vi än mer understryka vikten av att inkludera studierna som helhet i analysen. Då materialet för vår uppsats till stor del utgjordes av kvalitativa studier inspirerades vår analys av karakteristika från en beskrivande metasyntes såsom Friberg (2012c) utformat den. Med ett minimum av tolkning går en här från helhet till del tillbaka till en ny helhet. Fokus blir att se på vad materialet handlar om egentligen och analysen sker hela tiden i en rörelse mellan det egna syftet, studiernas innehåll och de framväxande teman som baseras på abstraktioner av studiernas innehåll (Friberg, 2012c).

Vi läste således igenom studierna i sin helhet med fokus på likheter och skillnader i hur perspektivet använts och på studiernas resultat (Friberg, 2012b). En viss syntetisering av data förekom alltså, men huvuddelen av analysen utgjordes av ett beskrivande av materialet. Efter att vi läst igenom samtliga studier på detta vis, var och en för sig, jämfördes och sammanställdes resultatet av genomläsningen i ett antal nyckelfynd. Våra frågeställningar blev två övergripande rubriker för resultatet: intersektionalitetsperspektivet som forskningsansats samt intersektionalitetsperspektivet som grund för ny kunskap. Dessa två rubriker rör alltså hur perspektivet använts rent konkret samt vilka resultat användandet kan leda till. Vi sorterade in våra nyckelfynd under respektive rubrik varvid vissa fick gå ihop under nya grupperingar och på så vis vaskades våra teman fram. Denna process ledde till sju teman; det teoretiska ramverket, en bredd av tillvägagångssätt, intersektionell analys, synen på forskarrollen, utsatthet i samhälle- utsatthet i hälsa, utsatta grupper som subjekt och sjuksköterskans ansvar. Under hela denna process relaterades tankar, teman och fynd i texterna till vår problemformulering. Artikelmaterialen inom varje område jämfördes och presenterades under respektive rubrik i arbetets resultatdel. Rubriker och teman presenteras nedan i tabell 1.

Tabell 1. Rubriker och teman.

RUBRIKER	TEMAN
Intersektionalitetsperspektivet som forskningsansats	-Det teoretiska ramverket -En bredd av tillvägagångssätt -Intersektionell analys -Synen på forskarrollen

Intersektionalitetsperspektivet som grund för ny kunskap

**-Utsatthet i samhälle - utsatthet i hälsa
-Utsatta grupper som subjekt
-Sjuksköterskans ansvar**

Resultat

Intersektionalitetsperspektivet som forskningsansats

Det teoretiska ramverket

Intersektionalitetsperspektivets bredd och lite svårdefinierade natur blir tydligt genom hur det presenteras i våra olika studier. Det beskrivs som en ansats, ett sätt att förstå, ett analysverktyg, ett teoretiskt ramverk och ett paradigm. I alla studier utom den av Giesbrecht, Wolse, Crooks och Stajduhar (2015) där det ingår endast som ett verktyg i dataanalysen, återfinns perspektivet som en form av teoretisk utgångspunkt. Marshal et al. (2013) presenterar ett ytterst kortfattat teoriavsnitt, det är snarast själva forskningsfrågan som utgår från intersektionalitetsperspektivet. De vill undersöka om de båda kategorierna sexuell minoritet och etnisk minoritet samverkar och medför större risk för psykisk ohälsa och droganvändning. I övriga artiklar ingår en längre redogörelse för perspektivets bakgrund, innebörd och relation till den egna forskningsfrågan och de flesta har endast beskrivningen av intersektionalitet som sitt teoretiska ramverk. Emellertid används det även i kombination med fenomenologi (Ngum Chi Watts, Liamputtong & Carolan, 2014), omvårdnadsteorier om lidande (Saarnio, Arman & Ekstrand, 2012) och ekosystemiskt synsätt (Guruge, Khanlou & Gastaldo, 2010) i några av studierna. Två av artiklarna pekar på perspektivet som ett sätt att röra sig bort från ett positivistiskt biomedicinskt synsätt på kunskapsproduktion. De menar att det senare kan bidra till att öka skillnader i hälsa på grund av att den ofta tar sin utgångspunkt i den vita mannens erfarenheter och liv (Caiola, Docherty, Relf & Barroso, 2014; Van Herk, Smith & Andrew, 2011). Dessa två artiklar viger flera sidor till att beskriva intersektionalitetsperspektivet och dess användningsområde för forskning inom omvårdnad. De har således inte bara perspektivet som ett ramverk; själva syftet med artiklarna är att visa på perspektivets möjligheter inom både omvårdnadsforskning, -praktik och -utbildning (Caiola et al., 2014; Van Herk et al., 2011).

Gemensamt för alla nio artiklar som använder intersektionalitet som teoretiskt ramverk är att de hävdar att perspektivet innebär en förståelse för hur ojämlikheter i samhället skapas och upprätthålls och hur detta relaterar till skillnader och sårbarhet i hälsa hos olika grupper i samhället. Maktrelationer, privilegier och förtryck ses som skapade av olika faktorer eller kategorier som till exempel klass, kön eller etnicitet vilka står i påverkan till varandra. Caiola et al. (2014) visar till exempel hur hälsan hos en afroamerikansk (etnicitet) mamma (kön) som lever i fattigdom (klass) och med HIV kan vara väsensskild från hälsan hos en afroamerikansk pappa som lever under samma förutsättningar. Etnicitet och klass påverkas av kön och omvänt. Caiola et al. (2014) menar att kategorin etnicitet inte baseras på att det finns olika grupper med bestämda karakteristika. Istället har etnicitet konstruerats av historiska villkor som slaveri och segregation, vilka lett till orättvisor på grund av hierarkier och socialt förtryck. På samma sätt förstås moderskap som en relation där en persons vilja att nära och vårda en annan baseras på historiska och sociala kontexter. Moderskap eller etnicitet kan alltså innebära olika saker beroende på vilka andra kategorier som innehas. De är alla djupt

beroende av det sociala sammanhang de verkar i (Caiola et al., 2014). I en annan studie, Robertson (2015), visas hur kvinnor som migrerat till Sverige upplever sin hälsa under graviditeten. Kvinnorna beskriver hur svårigheter som de upplevt under migrationen manifesteras som spänningar i kroppen, mardrömmar och värk. Under graviditet blev dessa spänningar mer framträdande och resulterade i ett ökat vårdbehov hos dessa kvinnor (Robertson, 2015). Kategorierna omskapar varandra så att tillhöra kategorin kvinna innebär olika saker om du till exempel också tillhör kategorin migrant eller gravid. För att förstå och kunna skapa förändring kring ojämlikheter i hälsa måste en således se på alla dessa kategorier och försöka förstå deras samverkan och hur de konstituerar varandra. Denna förståelse manar, enligt studierna, också forskaren att vända blicken även mot marginaliserade grupper och röster som inte fått komma fram i annan forskning om hälsa (Benbow, Forchuk & Ray, 2011; Caiola et al., 2014; Guruge et al., 2010; Holmgren, Emami, Eriksson & Eriksson, 2014; Marshal et al., 2013; Ngum Chi Watts et al., 2014; Robertson, 2015; Saarnio et al., 2012; Van Herk et al., 2011).

Vad som menas med de samverkande kategorierna skiljer sig mellan studierna. Det rör sig om hur en ser på och definierar sig själv, alltså aspekter av den egna identiteten såsom kön, psykisk sjukdom eller sexuell orientering (Benbow et al., 2011; Marshal et al., 2013; Van Herk et al., 2011). Flera av studierna beskriver kategorierna som samhällseliga faktorer som skapar förtryck såsom hemlöshet, socioekonomisk klass, migrationsstatus och etnicitet (Benbow et al., 2011; Giesbrecht et al., 2015; Guruge et al., 2010; Robertson, 2015). Några studier kallar dem istället maktpositioner där faktorer som ålder, klass och kön ses placera människor i hierarkiska positioner gentemot varandra (Holmgren et al., 2014; Saarnio et al., 2012). Som synes kan samma kategori dyka upp som både en aspekt av identiteten, en maktrelation eller en samhällselig faktor. Detta eftersom de flesta artiklarna menar att perspektivet medför att struktur och individ står i oupplöslig relation till varandra. Resonemanget som skall föras utifrån ett sådant ramverk måste därför röra sig på flera nivåer samtidigt. Analysen måste utgå från både individ och samhällsnivå och allt där emellan (Guruge et al., 2010; Ngum Chi Watts et al., 2014; Robertson, 2015).

En bredd av tillvägagångssätt

Intersektionalitetsperspektivet i omvårdnad betonar ett fokus på upplevelser av förtryck och orättvisa och människors egna erfarenheter av hur detta inverkar på hälsan. Detta återspeglas i den majoritet kvalitativa studier som vi fann. Holmgren et al. (2014) har studerat anhörigas involvering i vård av släktingar på ett äldreboende och visar att kvinnliga anhöriga upplever det annorlunda än manliga anhöriga. Kvinnorna kände sig, på grund av sitt kön, i en högre grad tvingade att involvera sig i vården samt kände sig ofta klämda mellan olika skyldigheter (Holmgren et al., 2014). Guruge et al. (2010) har studerat mäns våld i nära relationer och undersöker sambandet mellan kön, etnicitet och klass utgående från Sri Lankesiska immigranter i Kanada. Guruge et al. (2010) menar att männens upplevelser av våld innan migrationen samt brist på integration och inkludering i det nya samhället i kombination med mansrollen och dess olika innebörder på olika geografiska och kulturella platser kan bidra till våld i nära relationer. Dock återfinns som tidigare nämnts en kvantitativ studie (Marshal et al., 2013) i vårt urval. I linje med kvantitativa studiers natur handlar denna studie inte om deltagarnas erfarenheter i någon större utsträckning. Frågan om upplevd hälsa finns förvisso, men fokus för studien är att ta reda på om någon skillnad föreligger på grund av tillhörandet i en specifik kategori, inte vad den skillnaden i så fall mer skulle karakteriseras av.

Flera av artiklarna är sekundäranalyser av större studier. I vissa fall handlar det om att intressanta fynd hittats i den egna ursprungsstudien (Giesbrecht et al., 2015; Van Herk et al., 2011). Under en större etnografisk studie om hur empowerment skapas i kanadensisk palliativ hemsjukvård upptäcktes att motståndskraft och anpassningsförmåga hos personer som vårdade palliativt sjuka anhöriga i hemmet var ett genomgående tema i det insamlade materialet. Det blev tydligt att denna motståndskraft hängde ihop med sociala bestämmningsfaktorer. Två fall som ansågs särskilt rika på information kring faktorer som underlättar motståndskraft hos deltagarna valdes ut och utgör grunden för den studie som vi nu har granskat (Giesbrecht et al., 2015). Andra orsaker till sekundäranalys är intresse för en viss grupp (Benbow et al., 2011; Marshal et al., 2013). Benbow et al. (2011) fokuserar på situationen för hemlösa mödrar med psykisk ohälsa i Kanada. Originalstudien bestod av fokusgrupper med socialarbetare samt hemlösa män och kvinnor med psykisk ohälsa med eller utan barn. För sekundäranalysen analyserades endast data som gällde socialarbetare samt kvinnorna som hade barn.

Datainsamlingsmetoderna som använts har i flera studier medvetet valts ut för att verka inkluderande, och för att vara anpassade efter deltagarna. I Robertsons (2015) studie var metoderna som användes fokusgruppsdiskussioner, parintervjuer och individuella intervjuer. Detta för att passa alla kvinnor som ville delta, även de som inte var bekväma med att uttrycka sig inför andra. Deltagarna i studien ville inte använda sig av tolk. Därför talades svenska eller spanska under intervjuerna, för att enligt författaren följa kvinnornas önskemål och möjliggöra för en tillitsfull och avslappnad miljö för intervjuerna. Även i studien av Guruge et al. (2010) finns anpassningar till deltagarna. Deltagarna talade i fokusgrupperna sitt modersmål för att de skulle kunna känna sig friare att uttrycka sig kring de lyfta frågorna.

Många av de granskade studierna har medvetet breddat sitt urval. Guruge et al (2010) visar prov på detta i sin studie om mäns våld i nära relationer. Här fanns en önskan om att få med flera olika synvinklar på fenomenet. Individuella intervjuer med personer med samhällsledande funktioner inom hälsa och integration, fokusgrupper med kvinnor, fokusgrupper med män och individuella intervjuer med kvinnor som upplevt våld i nära relationer utfördes. Guruge et al. (2010) hävdar att för att kunna ändra situationen räcker det inte att enbart höra de utsatta kvinnornas berättelser. Fler infallsvinklar behöver redogöras för, särskilt när det gäller grupper som är flerfaldigt utsatta och där flera sociala kategorier samverkar. Detta urval lämpar sig också för att få höra om problemet på flera olika nivåer; samhällelig, inom en viss grupp i samhället och individuella berättelser (Guruge et al., 2010). I några studier uttrycks en önskan om att urvalet ska leda fram till en heterogen grupp (Ngum Chi Watts et al., 2014; Robertson, 2015; Saarnio et al., 2012), så som i studien där Saarnio et al. (2012) undersöker svenska cancerpatienters upplevelser av lidande relaterat till maktrelationer. Här finns en önskan om variation vad gäller deltagarnas kön, ålder, etnicitet och sociala status. Man går dock inte in på hur detta urval gått till. Även i Robertsons (2015) studie om migrerade kvinnors upplevelse av vårdmöten under graviditet i Sverige uttrycks att målet med urvalet var en heterogen grupp gällande ursprungsland, tid i Sverige, sysselsättning och tid sedan graviditeten. Många av studierna har dock uttryckligen begränsningen och inklusionskriterium att personerna som tas med i urvalet ska kunna uttrycka sig på och förstå majoritetsspråket (Benbow et al., 2011; Giesbrecht et al., 2015; Holmgren et al., 2014; Saarnio et al., 2012). I vissa av studierna anges inte uttryckligen att behärskning av

majoritetsspråket är ett inklusionskriterium, men vid granskning av metoden framgår att så är fallet (Marshall et al., 2013; Ngum Chi Watts et al., 2014).

Intersektionell analys

Intersektionalitetsperspektivet såsom det används i studierna vi granskat återkommer även som ett praktiskt verktyg, eller utgångspunkt för analys i studiernas dataanalys. Endast två av studierna saknar perspektivet i styckena som beskriver hur dataanalysen gjorts. I den kvantitativa studien används statistiska analyser för att se på en specifik intersektion mellan sexualitet och etnicitet i enkätresultaten (Marshall et al., 2013). I en artikel som rör tonårsmödrars inställning till preventivmedel används en tematisk analys av intervju materialet utan vidare inspiration från perspektivet (Ngum Chi Watts et al., 2014). I de övriga fallen verkar perspektivet föranleda en tematisk analys av något slag.

Det finns dock stora skillnader i hur dessa analysverktyg relateras till perspektivet. Att det står att läsa att det använts följs inte alltid av ett beskrivet tillvägagångssätt, som i studien om lidande relaterat till cancer och maktrelationer (Saarnio et al., 2012). I en annan av studierna, Van Herk et al. (2011), beskrivs det istället mycket noggrant med en modell över en tvådelad analysmetod. Den första delen fokuserar på kombinationen av sexism och rasism i relation till ursprungsfolkskvinnors möte med hälso- och sjukvård genom en sjustegsmodell som utreder oacceptabla bemötanden. Den andra delen utgör en tematisk analys utefter fynden i den första delen (Van Herk et al., 2011). I en tredje studie (Caiola et al., 2014) har mycket konkret en modell formats med en patient ståendes i en flervägsforskning. Med hjälp av modellen menar studiens författare att det skall gå att analysera en specifik grupps möjligheter och begränsningar i relation till hälsa, i detta fall en afroamerikansk mamma med en HIV-diagnos. Detta är dock inte något som görs rent praktiskt i artikeln.

Intersektionalitetsperspektivet som ett analysverktyg ger en analys som rör sig på både individ- och samhällsnivå. Materialen i de lika studierna undersöks på mikro-, meso-, och makronivå i relation till kategorier som utgörs av både kön, klass och etnicitet men också moderskap, sjukdomsstatus av olika slag, migrationsstatus, ålder, arbetssituation, nationalitet, språkbarriär och geografi, mestadels beroende på karakteristika hos den grupp som undersöks. (Benbow et al., 2011; Giesbrecht et al., 2015; Guruge et al., 2010; Holmgren et al., 2014; Robertson, 2015; Saarnio et al., 2012; Van Herk et al., 2011). Exempel på detta är studien av Guruge et al. (2010) där mäns våld i nära relationer hos en viss grupp kopplas till kategorierna hos gruppen och individerna, och mekanismer som förlorad inkomst (mikronivå), förlust av sociala nätverk (meso-nivå) och etnisk diskriminering (makronivå). Även Caiola et al. (2014) kopplar hälsa till bland annat etnicitet och kön, på olika samhälleliga nivåer. Hälsostatus kopplat till kroniska sjukdomar som HIV är beroende av större, miljömässiga och sociala faktorer, men också av beteendemässiga faktorer på individnivå. Caiola et al. (2014) menar att vi bör söka utjämna skillnader i hälsa både på makronivå, genom ändring av lagar och regler, men även på mikronivå, där maktojämligheter mellan den individuella sjuksköterskan och patienten kan försvåra (Caiola et al., 2014).

Synen på forskarrollen

Utifrån det material som utgör vår studie framträder en viss syn på rollfördelningen i forskningsprocessen. Studiedeltagarna ses som innehavare av kunskap. Forskaren kan genom forskning utförd utifrån intersektionalitetsperspektiv lära sig av deras kunskap, för att på så

vis bidra till bättre verktyg för att stärka hälsa för vårdpersonal (Benbow et al., 2011; Ngum Chi Watts et al., 2014). Detta tvärtemot ett mer klassiskt forskningsupplägg där forskaren lär sig något om sitt forskningsobjekt, på avstånd. Det betonas att närheten till den som fokuseras på är av största vikt. Det handlar om att utgå från deras perspektiv. Forskaren skall skriva *med* och *för*, inte bara *om* någon (Guruge et al., 2010; Holmgren et al., 2014; Robertson, 2015). Intersektionalitetsperspektivet medför således en tanke om att även forskningsobjektet kan ta en aktiv roll i den kunskap som forskningen ämnar skapa. Flera av studiernas författare har på ett eller annat sätt samverkat med sina deltagare. (Benbow et al., 2011; Guruge et al., 2010; Robertson, 2015; Van Herk et al., 2011) Det kan handla om att be deltagarna gå igenom och komma med förslag på ändringar i det analyserade materialet då forskaren sammanställt det, så kallad member-checking (Benbow et al., 2011; Robertson et al., 2015; Van Herk et al., 2011). I vissa av studierna bjuds även andra representanter in att kommentera på resultatet, både från den specifika gruppen, eller personer som arbetar med gruppen på olika vis (Benbow et al., 2011; Guruge et al., 2010; Van Herk et al., 2011).

Ett annat sätt att rucka på de traditionella rollerna mellan forskare och forskningsobjekt är att utforma intervjuerna så att deltagarna själva får hjälpa till att besvara forskningsfrågan. I Guruge et al. (2010), Van Herk et al. (2011) och Robertsons (2015) studier efterfrågades deltagarnas egna reflektioner kring samverkan och orsaker och effekter mellan de olika faktorer som påverkade deras liv och hälsa och möten med vården. Olika aspekter av deltagarnas identiteter vändes och vreds på tillsammans i intervjusituationen för att på så vis skapa en större förståelse. Van Herk et al. (2011) uppger att de i samverkan med lokala ursprungsfolksgrupper kom fram till upplägget av sin studie och att deltagarna själva tillfrågades hur de ser på olika kategorier och hur de kan tänkas inverka på tillgång till vård (Van Herk et al., 2011). En annan av artikelförfattarna beskriver det som att hon frågat efter deltagarnas förkroppsligade erfarenheter och kunskaper. Det är de egna upplevelserna av förtryck som efterfrågas och deltagarna blir på så vis del i själva analyserandet (Robertson, 2015). Caiola et al. (2014) lyfter att intersektionalitetsperspektivet medför att forskaren tvingas lära sig mer om den beforskade gruppen, i deras fall ursprungsfolk i Kanada, och dess sociala och historiska position. Det ger en medvetenhet som medför ett engagemang och självreflektivitet hos forskaren vilket även går igen när Van Herk et al. (2011) diskuterar forskarens position. Caiola et al. (2014) menar emellertid att detta gäller även för deltagarna då de genom studien kan bli medvetna om sin position och det som påverkar denna på nya sätt. Denna medvetenhet kan bidra till ökad hälsa. På detta sätt blir forskningen även en slags intervention som i sig kan förbättra läget för den beforskade gruppen (Caiola et al., 2014).

Intersektionalitetsperspektivet som grund i ny kunskap

Utsatthet i samhälle - utsatthet i hälsa

I det kunskapsskapande som intersektionalitetsperspektivet kan bidra till går det att skönja vissa huvuddrag. I flera av artiklarna presenteras perspektivet som en behövlig ny utgångspunkt för analys av skillnader i hälsa (Benbow et al., 2011; Caiola et al., 2014; Robertson, 2015; Saarnio et al., 2012; Van Herk et al., 2011). Benbow et al. (2011) beskriver det till exempel som ett sätt att röra sig bort från en förståelse av marginalisering bara beroende av kön. Majoriteten av studierna kan ses handla om att skapa ny kunskap kring marginaliserade grupper (Benbow et al., 2011; Caiola et al., 2014; Guruge et al., 2010; Marshal et al., 2013; Ngum Chi Watts et al., 2014; Robertson, 2015; Van Herk et al., 2011).

Dessa grupper innehåller många sårbara kategorier eller identiteter och har ofta glömts eller valts bort i tidigare forskning. Ngum Chi Watts et al. (2014) visar till exempel på behov av information kring preventivmedel hos en grupp kvinnor. Studien som gjorts på tonårsmödrar som migrerat från ett antal olika afrikanska länder till Australien analyserar huruvida kategorier som kvinna, fattig, migrant och moder påverkar synen på preventivmedel. Studien visar att omgivningens inställning, socioekonomiska faktorer och migrationsprocessen i sig samskapar utsatthet när det gäller reproduktiv hälsa för denna grupp kvinnor.

Andra studier handlar istället om att skapa kunskap om en specifik vårdteoretisk företeelse som lidande, motståndskraft eller att vara närstående, och ser på olika skärningar som kan vara aktuella för just de som ingår i respektive studie (Giesbrecht et al. 2015; Holmgren et al. 2014; Saarnio et al. 2012). Giesbrecht et al. (2015) undersöker faktorer som ökar motståndskraft hos personer som vårdar palliativa anhöriga i hemmet. De visar genom sin kvalitativa case-studie att anhörgvårdare som talar majoritetsspråket, äger sin egen bostad och som har tillgång till sociala nätverk har större motståndskraft att klara av att vårda sin anhöriga utan att bränna ut sig. Båda dessa "typer" av studier påvisar ett tydligt samband mellan utsatthet i samhälle och utsatthet i hälsotillstånd. Benbow et al. (2011) lyfter ett samband mellan att tillhöra en etnisk minoritet, lida av psykisk ohälsa och svårigheten att få en bostad och därigenom en svårighet att uppnå hälsa. Saarnio et al. (2012) påvisar en större utsatthet och högre lidande hos de cancerpatienter som har lägre socioekonomisk klass, tillhör en etnisk minoritet och är kvinnor. Även Marshal et al. (2013) visar hur faktorer som sexuell minoritet, etnisk minoritet, psykisk ohälsa och droganvändning samskapar en utsatthet för flickorna i gruppen i studien.

Kunskap om ojämlikheter i hälsa som drabbar de utsatta i samhället kan fås via att titta på de tillgångar, privilegier och möjligheter som den normerade gruppen besitter. I studien om cancerlidande får även de vita männens upplevelser ta plats och slutsatser dras kring vad i deras situation som påverkar dem positivt (Saarnio et al., 2012). På samma sätt diskuteras tillhörande i de övre skikten av den socioekonomiska hierarkin samt maktordningen mellan könen och etniska grupper i Holmgren et al. (2014). Giesbrecht et al. (2015) vänder intresset mot vilka faktorer som ger motståndskraft hos två individer som på många sätt kan beskrivas som tillhörande samhällsnormen. Studierna vi granskat skapar alltså kunskap om ojämlikheter i hälsa, både utifrån utsatta grupper och hos normen i samhället.

Utsatta grupper som subjekt

Ett annat framträdande drag hos studierna som kan härledas till utgångspunkten i intersektionalitetsperspektivet rör mötet mellan vårdpersonal och patient. De olika patientgrupperna uppvisar beteenden som av vårdpersonal tolkas som konstiga eller till och med besvärliga och felaktiga. Van Herk et al. (2011) diskuterar begreppet *compliance* i relation till sina deltagare som utgörs av ursprungsfolksmödrar och deras möte med mödrahälsovården i Kanada. Författarna menar att orsaker till dålig *compliance* inte bara handlar om felaktiga val och brist på engagemang för den egna och barnets hälsa. Orsakerna måste istället sökas i faktorer utanför individens kontroll. Här nämns ekonomisk och geografisk situation eller diskriminerande behandling på grund av etnicitet, konkret exemplifierade i deltagarnas upplevelse av att deras förmågor som mödrar ifrågasätts och rädslan för att barnen skall omhändertas. Artikelförfattarna visar hur följsamhet lika mycket blir en fråga för vårdapparaten som för patienten. Det handlar inte om att övertyga patienten

om vad som är bäst. Frågan blir snarare hur sjuksköterskan kan stötta och ge förutsättningar för ett av båda parter önskat beteende (Van Herk et al., 2011).

Detta resonemang går igen i den svenska studien om mödrar som migrerat till Sverige. (Robertson, 2015). På grund av språkbarriärer väntade kvinnor i studien i det längsta med att kontakta sjukvården. När de väl gjorde det var det ofta en akut situation, och deras sena kontakt tolkades som ett tecken på bristande engagemang för barnets hälsa. Kvinnorna möttes av ifrågasättande och upplevde att deras moderskapskvaliteter misstroddes. Detta ledde till än mindre incitament att söka vård för sina problem. Skulden landade här hos kvinnorna istället för hos den vårdapparat som inte lyckats tillgängliggöra sitt system för alla sina potentiella patienter. Det blev en ond cirkel där kvinnornas hälsa under graviditet och vid förlossning blev sämre som resultat (Robertson, 2015). I artikeln om närstående i äldreboendevård visar Holmgren et al. (2014) på liknande sätt att antaganden hos både personal och närstående ger vissa tolkningar av varandras beteende. Normer kring klass och etnicitet skapas där vissa anhöriga inte känner att de får göra sin röst hörd. En förståelse för denna mekanism gör att förmodat lata anhöriga istället ses intvingade i ett utanförskap där de backar istället för att ta del i sina närståendes vård (Holmgren et al., 2014).

Beteenden som inte är direkt kopplade till mötet mellan sjuksköterska och patient får liknande fördjupning. En kvinna som flyr en misshandelsrelation och på så vis blir hemlös kan ses som ett offer. Benbow et al. (2011) lyfter att samma handling istället kan ses som mod och att kvinnor gör ett aktivt motstånd mot förtryck då de räddar sina barn och försöker skapa en bättre tillvaro för sig och dem. Artikeln som rör manligt partnervåld visar på liknande vis nya sätt att se på varför våldet uppkommer i relationen. Fokus flyttas från förklaringar om en individuell galning eller den rasistiska och stereotypa bilden av den patriarkale invandrarmannen till en intersektionell förklaringsmodell. Den rasism som både männen och kvinnorna utsätts för i sitt nya land, bristen på sociala nätverk, nya mans- och kvinnoroller samt det våld och de trauman som många utsätts för under flykten från kriget; alla dessa faktorer tillsammans skapar en situation där våld lättare uppstår (Guruge et al., 2010). Granskningen av studierna tyder alltså på att intersektionalitetsperspektivet kan hänga ihop med en analys som fokuserar både på motstånd och på förtryck hos de grupper som studeras. Vidare handlar det om att se deltagarna som innehavare av agens och inte bara som offer för sina omständigheter.

En litet annan bild framkommer i artikeln som fokuserar på preventivmedelanvändning hos gruppen migrerade tonårsmödrar i Australien. Här menar författarna att gruppens syn på preventivmedel är fylld av föreställningar och myter, som gör att de undviker att använda skydd. De kommer även in på faktorer som ekonomisk utsatthet, rädsla för omgivningens reaktioner och migrationsprocessens effekter som orsaker till låg preventivmedelsanvändning. Bristen på kunskap hos gruppen får dock stå som övervägande orsak (Ngum Chi Watts et al., 2014).

Sjuksköterskans ansvar

Den förståelse av världen som perspektivet innebär, där skillnader i hälsa ses som konstruerade av samhällets organisering, manar sjuksköterskan till att agera. Kunskapen om orättvisornas natur och uppkomst innebär en möjlighet och ett ansvar att utjämna dem (Benbow et al., 2011; Caiola et al., 2014; Giesbrecht et al., 2015; Robertson, 2015; Van Herk

et al., 2011). I studien om migrerade kvinnors upplevelse av vårdmöten under graviditet framkommer det att kvinnorna kunde upptäcka sin egen förmåga, stärka sin självkänsla och uppleva att många aspekter av graviditeten gick bättre när de kände att de blev tagna på allvar och lyssnade på av vårdpersonalen (Robertson, 2015). Benbow et al. (2011) menar att sjuksköterskor som arbetar med de hemlösa kvinnor med psykisk ohälsa som studien rör bör ge dem en trygg plats att uttrycka sina hälsobehov, så som kvinnorna själva ser dem. Sjuksköterskans uppgift blir att hjälpa kvinnorna att stärka sin motståndskraft och med hänvisning till den kanadensiska sjuksköterskeföreningen frågar sig några av artikelförfattarna om inte sjuksköterskans brist på handling i sig kan ses som en form av upprätthållande av diskriminering (Benbow et al., 2011). Van Herk et al. (2011) menar att det intersektionella perspektivet kan hjälpa sjuksköterskor att se maktstrukturer som upprätthålls på grund av kön, etnicitet, klass och sexualitet, i mötet med patienten, men också hur de hänger ihop med utbildningsnivå. Kunskapen som vårdpersonal innehar är en slags makt som får stora konsekvenser för vårdtagarna. Risker är att sjuksköterskor, trots goda intentioner, ger en vård som inte är tillgängliggjord för alla om hen inte är medveten om detta. Det handlar om att hantera sina egna privilegier, risken är annars att en omedvetet upprätthåller dessa på bekostnad av andra. Sjuksköterskor måste se att människor och deras hälsa är djupt beroende av de sociala kategorier de tillhör eller innehar och inkorporera det i professionen. Sjuksköterskan måste se hur samhället skapar ohälsa för att kunna ge en bra vård. Om hen misslyckas med detta riskerar de utförda vårdhandlingarna bli mindre effektiva och mindre vårdande (Van Herk et al., 2011).

Diskussion

Metoddiskussion

Vårt uppsatsämne skiljer sig något från många andra på denna nivå då det inte specifikt behandlar aspekter av omvårdnadspraktik utifrån patient- eller sjuksköterskeperspektiv. Fokus ligger istället på ett perspektiv i själva omvårdnadsforskningsfältet, och där denna forskning kan röra skilda områden. I förlängningen är dock vår förhoppning att ett sådant fokus skall kunna bidra med viktig kunskap till sjuksköterskans praktik inom flera olika områden, och även inom omvårdnadsforskning.

Metodval

Då vi ville undersöka hur intersektionalitetsperspektiv har använts i omvårdnadsforskning valdes metoden litteraturöversikt (Friberg, 2012a). Vi valde metoden för att den anses passande för att skapa en överblick av ett bestämt område och på så sätt ge en god möjlighet att svara mot vårt syfte. Vår dataanalys inspirerades av metasyntes eftersom 9 av 10 av artiklarna i vårt material är kvalitativa. Vi diskuterade möjligheten att enbart använda metasyntes, eftersom det är en tydlig modell för att sammanställa resultat från tidigare forskning till en ny helhet. Metasyntesen innebär dock exklusion av kvantitativa artiklar, vilket vi inte avsåg att göra. Vi ville undersöka användningen av perspektivet även i kvantitativ metod och ansåg att de båda metodtyperna kan komplettera varandra. Borglin (2012) menar att inklusion av både kvalitativa och kvantitativa studier medför att resultaten kan komma att förklara eller bekräfta varandra så att en kan komma närmare sjukvårdens komplexitet.

Databaser, begränsningar och sökord

Vår inledande litteratursökning visade att det finns en stor mängd intressant forskning som tangerar intresseområdet inom folkhälsovetenskap och sociologisk och antropologisk forskning. Därför gjorde vi den första egentliga informationssökningen i Cinahl, en databas som har omvårdnad som huvudämne, för att se till att så många träffar som möjligt kom inom ramen för det tänkta fältet. Vår sökning i Cinahl kompletterades med en sökning i databasen Pubmed, som har ett biomedicinskt fokus. Detta anses enligt Henricsson (2012) stärka resultatets trovärdighet då möjligheten att hitta relevanta artiklar ökas. Vi valde att begränsa oss till studier som publicerats de senaste fem åren. Detta för att få ett hanterbart urval samt för att få med det senaste inom forskningen. Vi tror inte att inkludandet av äldre studier hade ändrat vårt resultat nämnvärt. Intersektionalitetsperspektiv inom omvårdnadsforskning är ett relativt litet fält och vi ser att vissa forskare återkommer i olika studier, antingen som författare eller i form av referenser. På så sätt får vi genom vårt urval med tankar även från äldre studier. För att underlätta informationssökningen ska sökord om möjligt matchas med databasernas så kallade ämnesord. I Cinahl kallas dessa Cinahl headings och i PubMed MESH-terms. Med tanke på att vårt ämne rör ett relativt nytt begrepp, både inom forskning i stort, men specifikt inom omvårdnadsvetenskap, så fanns inte detta som alternativ. Vi upplever att databaserna inte är uppdaterade och borde inkludera detta begrepp. Vi ser också att de valda artiklarna inte använder samma sökord även om de i mångt och mycket rör samma ämnen. Vi löste detta genom att använda oss av 'intersectional*' så att vi fick med allt som kunde tänkas röra vårt ämne. Med tanke på den tidigare nämnda mängden litteratur som finns inom folkhälsovetenskaplig forskning lade vi AND 'nurs*' till de sökningar som rörde sökord som inte direkt kan härröras till omvårdnadsområdet till sökningarna i PubMed. De sökord vi valde som kombination var främst 'nurs*' men även 'patient' eftersom även forskning som fokuserade på patientupplevelser var intressant. Då intersektionalitetsperspektivet i allra högsta grad rör maktförhållanden använde vi även 'power relations' som ett sökord. För att vidare säkerställa att området inringats plockade vi ut nyckelord från de abstracts som vi funnit relevanta och använde dem som sökord. Dessa sökningar med till exempel 'sex factors', 'social class', 'race factors', 'cultural diversity' och 'social justice' gav en artikel som vi sedan valde ut till granskning.

Urval och kvalitetsgranskning

Studierna vi valt har ursprung i Australien, Kanada, Sverige och USA. Resultaten visar stora likheter vad gäller användningsområdet för perspektivet och vi ser det därför som en styrka att studierna kommer från olika delar av världen. Det hade dock varit spännande att få med studier från länder som inbördes skiljer sig mer från varandra, och som inte bara representerar västvärlden. Studierna rör också skilda områden inom omvårdnad, men även här ser vi likheter i användningsområdet av perspektivet och slutsatser och ser även detta som en styrka mer än en svaghet i vårt arbete. Vi inkluderade även artiklar vars område inte främst rör en allmänsjuksköterskas, som till exempel artiklar om mödravård. Den förståelse som skapas genom en sådan artikel kan appliceras på möten med den studerade patientgruppen i andra delar av vårdkedjan och kändes därför relevanta att inkludera. De artiklar som inte fanns i fulltext via databaserna exkluderade vi. Det var dock ett fåtal studier och därför tror vi inte att vårt resultat påverkats nämnvärt av detta. Vi valde även bort de artiklar som beskrev en forskning med huvudfokus på socialt arbete snarare än omvårdnad. Likaså valde vi bort de artiklar som rörde specifika fenomen, exempelvis föräldraskap, utan att koppla detta nämnvärt till omvårdnad eller hälsa. Vissa av dessa exkluderade artiklar använde vi sedan för att

fördjupa resultatdiskussionen. Vi bedömer att de artiklar som valdes kan sägas representera forskningsområdet.

Eftersom den granskningsmall vi använde för de flesta av våra artiklar ej var applicerbar på kvantitativa studier, använde vi ytterligare en granskningsmall för studien av Marshal et al. (2013) (Willman, Stoltz & Bahtsevani; 2011, Friberg, 2012). På grund av detta kan en svårighet i jämförbarhet finnas. Vi granskade studierna först individuellt följt av en gemensam genomgång vilket vi tyckte stärkte våra diskussioner samt gav en ökad bredd jämfört med om all granskning skett gemensamt. Att utgå från skilda perspektiv i granskningen nämner också Henricsson (2012) som en styrka i granskningen. Två av våra studier följer inte det traditionella upplägget med syfte, metod, resultat och så vidare. För granskningen av dessa studier utgick vi från Willman et al. (2011) men noterade att ett behov finns att uppdatera mallarna så att de kan appliceras på fler typer av artiklar. Ingen av de granskade artiklarna visade sig ha så låg kvalitet att den valdes bort. Däremot fanns mycket intressant att diskutera vad gäller upplägg av studierna, så som vilka identitetskategorier eller maktordningar som inkluderas och hur dessa definierades. Något vi återkommer till i vår resultatdiskussion. En annan aspekt vi reflekterade över var att, som vi beskriver i resultatet, hälften av studierna valde bort de personer som inte kunde uttrycka sig på majoritetsspråket. Detta anser vi vara problematiskt då det kan antas påverka resultatet av studierna. Särskilt i de studier där en vill diskutera etnicitet som en av påverkanskategorierna blir det problematiskt att denna grupp väljs bort. Dock inser vi att ett argument i frågan är att tolkanvändning kan vara problematiskt och kan medföra att deltagarna inte kan tala fritt, då tolken kan tillhöra samma sociala nätverk. Detta var också något som lyftes i flera av studierna som orsak till att tolk inte användes.

Dataanalys

Sammanställningen av studierna blev en bra utgångspunkt i analyserandet. Vår individuella läsning av studierna resulterade i gemensamma rubriker för nyckelfynd och senare teman. Eftersom vi hade ett på vissa sätt brett material och många intressanta aspekter vi ville få med i resultatet var det till en början svårt att sälla samt att hitta passande teman och rubriker för dessa. Svårigheter vi stötte på tror vi hade grund i att vi ville titta på hur intersektionalitet använts, både det metodologiska förfarandet men även innehålls- och resultatmässigt. Denna ansats i kombination med de olika artiklarnas upplägg och karaktär ledde även till att vi fick studera artiklarna som helhet, snarare än bara se till resultaten, vilket gav oss ett relativt stort material att ta oss igenom. Arbetet med dataanalysen blev därför väldigt stort och brett. Vårt arbetssätt med att hela tiden pendla mellan vårt syfte, problemformulering och analys av studierna hjälpte oss dock. Att sortera in våra nyckelfynd under frågeställningarna; hur perspektivet använts rent konkret samt vilka resultat det kunde leda till, hjälpte oss att komma vidare i processen. Vi upplever att vi till sist landade i en hanterbar tematisering som gav intressanta resultat.

Förförståelse

Enligt Friberg (2012a) finns det vissa inneboende risker hos den modell vi valt. Urvalet kan bli för litet för att göra ett fäkt rättvisa, och urvalet kan bli selektivt och enbart stödande den egna tesen. Friberg rekommenderar därför ett kritiskt förhållningssätt i urvals-, läs- och skrivprocess för att försöka undkomma dessa risker. Vi tar, som vi beskrivit i bakgrunden, vår utgångspunkt i kunskapsteori som rör diskussioner om en situerad kunskap; att alla har en viss

förförståelse som oundvikligt kommer att forma hur en ser på och framställer till exempel vetenskapliga resultat. Vi inser därför att vår förförståelse kommer att prägla våra resultat och vår uppsats, men ser det inte som ett problem att vi har ett grundantagande om perspektivets positiva potential. Utifrån våra utgångspunkter har vi försökt i så stor utsträckning som möjligt hålla en kritisk och ifrågasättande blick i vår studie av hur perspektivet tillämpas och med vilka resultat. Detta samtidigt som vi försökt så noggrant som möjligt beskriva vår teoretiska ingång och vår syn på perspektivet i vår bakgrund. Eftersom intersektionalitetsperspektivet är så pass nytt inom omvårdnadsforskning fann vi i våra efterforskningar inga artiklar som specifikt behandlade en kritik av perspektivet. Vi vände oss därför till det fält där det använts som mest, nämligen genusvetenskap, och sökte efter kritiska röster (se exempelvis Lykke, 2005). Alla aspekter av denna kritik gick inte att applicera på omvårdnadsforskning, men vi bar med oss några av dessa ifrågasättanden in i mötet med vårt material. Både i analysen och senare i diskussionen av våra resultat återkom vi till några kritiska reflektioner kring perspektivet som lyfts i diskussionen hos några omvårdnadsforskare, som dock förhåller sig mycket positiva till perspektivet överlag (se exempelvis Kelly, 2009; Bowleg 2012; Powell Sears, 2012).

Att röra sig i två skilda vetenskapliga fält

Det finns en inneboende svårighet i vår forskningsansats. Vi vill undersöka användandet av ett perspektiv från en vetenskaplig disciplin i en helt annan. I vår undersökning av de olika artiklarnas applicerande av denna, i grunden genusvetenskapliga teori och begreppsapparat, i omvårdnadsforskning, har vi själva fått göra just en sådan överföring av ett ramverk och dess begrepp till ett helt annat kunskapsfält. Många av de begrepp som för oss varit självklara måste definieras och sättas i nya sammanhang rörande omvårdnad och hälsa. Det finns delvis helt olika syn på kunskap och hur den skapas och bör skapas inom dessa två fält. Trots fokus på kvalitativ metod har omvårdnadsvetenskapen en tydligare koppling till en positivistisk kunskapstradition och intersektionalitetsperspektivet stället sig i mångt och mycket helt i motsats till en sådan hållning. Vi håller med Kelly (2009) som beskriver att det krävs en balansgång och en anpassning efter kunskapssynen i de olika paradigmen av den som företar sig ett sådant arbete. Det har inte funnits några mallar från omvårdnadsvetenskapligt håll att följa och metoder och modeller för granskning och analys har inte utformats för att göra det vi haft som mål att göra. Men utmaningen i att tvingas tänka ett extra varv kring hur en ser på och skall beskriva något är samtidigt också en tillgång. Bowleg (2012) och Chulach (2013) har båda undersökt intersektionalitetsperspektivet i forskning kring hälsoskillnader. De menar att problem uppstår när en teoretisk analys, vilket intersektionalitetsperspektivet ofta föranleder, skall överföras till en mer empirisk analys av människors hälsa. De menar dock även att problemet kan ses som en utmaning eller möjlighet att utveckla den empiriska apparaten till att bättre kunna adressera ojämlikheter inom hälsa.

Det som vi möjligen kan efterfråga är ett lite bredare utrymme för hur en kandidatuppsats inom omvårdnad kan se ut. Om vi vill att vår vetenskapliga disciplin skall utvecklas och kunna omfatta den kunskap som till exempel våra riktlinjer och koder anger att vi skall ha, måste det till ett skifte där olika typer av kunskapsproduktion och sätt att bedriva forskning, även på kandidatnivå, kan få rum. På grund av våra riktlinjer för uppsatsskrivande och brist på mallar kände vi oss till exempel låsta till att bara analysera artiklar som rörde eller knöt an till konkreta studier. Vi tror att det hade kunnat skapa nya intressanta riktningar i våra resultat

om artiklar av mer resonerande och teoretisk karaktär kunde inkluderas även i en sådan här typ av litteraturöversikt.

Resultatdiskussion

Vårt arbete med denna studie kan ses som både brett och smalt. Forskningsfältet som utgörs av omvårdnadsforskning med intersektionalitetsperspektiv är mycket litet, samtidigt som den forskningsfråga vi riktat mot detta fält är bred då vi ville titta på hur denna forskning kan se ut. Detta innebär en viss svårighet då resultaten skall sammanfattas. Det går inte att peka på en övergripande slutsats. Det blir istället något mångfacetterat och rör sig kring sätt att bedriva forskning, kunskaper kring specifika fenomen och grupper samt möjliga förhållningssätt för sjuksköterskan. Det som möjligen skulle kunna ses som en röd tråd i resultatet, finns inbakat redan i vår problemformulering; hur kan vi hantera och förstå ojämlikheter i hälsa? I analysen framkom utifrån våra frågeställningar två övergripande rubriker: *intersektionalitetsperspektivet som forskningsansats* och *intersektionalitetsperspektivet som grund för ny kunskap*. I följande text går vi därför vidare med en djupare diskussion kring några, enligt oss själva, intressanta och viktiga aspekter ur dessa teman och några av deras underteman såsom de presenterades i resultatdelen. Fokus ligger på att lyfta resultaten till en nivå som kan röra omvårdnadsfältet både vad gäller praktik och forskning för sjuksköterskan. Detta i linje med Fribergs resonemang om hur vissa delar av resultatet får väljas ut till diskussionen; allt kan inte hinnas med i ett examensarbete på denna nivå (Friberg, 2012b). Hela vårt arbete rör sig kring hur en viss typ av omvårdnadsforskning kan se ut. Därför kommer många av de praktiska implikationer som kan utläsas från våra resultat att kretsa kring förslag på vidare forskning eller teoribildning inom omvårdnadsfältet. Dessa kommer presenteras löpande i texten medan vi sammanfattar de mer konkreta implikationerna för sjuksköterskans praxis i ett eget stycke.

Intersektionalitetsperspektivet som forskningsansats

Perspektivet och forskningsmetoderna

Utifrån resultaten som redovisas under temat *En bredd av tillvägagångssätt* går det att sluta sig till att kvalitativa studier lämpar sig väl när en vill använda sig av intersektionalitetsperspektiv. Öppna intervjuer, där deltagarna får laborera och uttrycka sig kring de egna erfarenheterna och känslorna skapar ett material där forskaren får möjlighet att titta på samspelet av de olika aspekterna av deltagarnas identiteter, och hur dessa relaterar till en vidare samhällelig struktur baserad på till exempel kön, klass och etnicitet. Vi tror att fördelningen mellan kvantitativa och kvalitativa studier som framkommer i vårt material kan ses som en följd av detta. Den kvantitativa studien vi fann, Marshal et al. (2013), var som nämnts tidigare inte lika väl teoretiskt förankrad i perspektivet. Detta kanske till viss del kan förklara de problem vi ser med studien. Vi tror även att det kan ses som en inneboende problematik då en skall överföra intersektionalitetsperspektivet i kvantitativ forskning. Detta resonemang går igen hos till exempel Bowleg (2012) i hennes artikel om intersektionalitet i omvårdnadsforskning.

Den kvantitativa studien avser mäta om tillhörandet i ytterligare en marginaliseringskategori ger sämre hälsa hos denna grupp (Marshal et al., 2013). Utan en diskussion om karaktären av denna förmodat ökade ohälsa kan detta ses stå i motsats till intersektionalitetsperspektivets grundantagande att kategorierna inte kan ses som additiva utan multipla och samskapande.

När de i studien vill undersöka skärningspunkten mellan etnicitet, sexualitet, psykisk ohälsa och droganvändning för att kunna presentera statistiskt mätbara resultat måste de kvantifiera själva kategorierna. Vi frågar oss om detta är egentligen möjligt. Deltagarna i studien fick fylla i om de var hetero-, homo- eller bisexuella. Kan sexualitet delas in i dessa tre avgränsade kategorier? Vilka är kriterierna? Handlar det om erfarenheter av en viss sexuell praktik, eller någon form av dragning, eller bara känsla av identitet? Vad händer med dem som inte tycker sig passa in i någon av dessa tre? Hur en väljer att identifiera sig kan vara oerhört flytande och osäkert, särskilt i åldern 16 till 19 år, som studiens deltagare var, då långt ifrån alla ens haft relationer av sexuell karaktär. Samma typ av diskussion kan föras kring indelningen i etnicitet som antingen euroamerikan, afroamerikan eller annat. För att kunna göra en studie som verkligen kan säga något om hälsa i de olika grupperna, anser vi det krävs en större diskussion om just relationen mellan å ena sidan behovet att kvantifiera och å andra sidan de mångdimensionella aspekterna av till exempel sexualitet och etnicitet. I sin artikel om intersektionalitetsteori i omvårdnadsforskning redogör Kelly (2009) för hur hon definierar var och en av kategorierna hon vill studera och pekar på den oerhörda komplexiteten som ryms inom till exempel kategorin invandrare. Hon presenterar också ett *intrakategoriellt* synsätt som kanske skulle kunna vara en väg fram för kvantitativ intersektionell omvårdnadsforskning. Den tar avstamp i både ett biomedicinskt och ett intersektionellt synsätt på kategorierna och dess relation till hälsa (Kelly, 2009; Rogers & Kelly, 2011). Vid en titt på närliggande forskningsfält upptäcks att intersektionalitetsperspektivet använts i kvantitativ metod inom folkhälsovetenskaplig och sociologisk forskning (se exempelvis Veenstra, 2013; Gonzales & Ortiz, 2015). Kanske pekar detta på en möjlig fortsatt forskning. Hur har perspektivet tillämpats här? Ses liknande problem eller möjligtvis en mer lyckad kombination av de flytande aspekterna av perspektivet och de hårda gränsdragningar som måste göras i kvantitativ metod?

Perspektivet och omvårdnadsteori

Så som framkommer i presentationen av temat *Det teoretiska ramverket* fanns i vårt material endast en artikel som uttryckligen använder intersektionalitetsperspektivet i kombination med en konkret omvårdnadsteori; lidande såsom Katie Eriksson diskuterar det (Saarnio et al., 2012). Det skulle vara intressant att se hur perspektivet kan användas i koppling till annan existerande omvårdnadsteori. Vår förhoppning och förmodan är att sådana försök skulle kunna bidra med en viktig utveckling. De politiska dimensionerna i perspektivet, angående hur ojämlikhet uppstår och upprätthålls genom samverkan av olika faktorer, både på samhällelig nivå och återspeglad i individens livs- och hälso villkor, tror vi skulle kunna ge en radikaliserad av vissa omvårdnadsteorier. Vad skulle till exempel hända om sammanhangen i Antonovskys teorier om KASAM också förstods utifrån en intersektionell betydelse?

I sin artikel om intersektionalitetsperspektiv i läkarutbildningen länkar sociologiprofessorn och folkhälsoforskaren Karen Powell Sears (2012) intersektionell förståelse till personcentrerings tanken. Hon menar att resultaten från forskning om hälsa utifrån intersektionellt perspektiv borde föras in i läroplanerna. Att läkare borde få lära sig intervju teknik utifrån en intersektionell utgångspunkt och även fundera över de intersektioner som utgör hens egen identitet. I våra teman *Det teoretiska ramverket* och *Utsatta grupper som subjekt* visas vikten av att förstå en patients beteenden utifrån dess specifika sammanhang. Vi menar att intersektionalitetsperspektivet i linje med det Powell Sears (2012) diskuterar skulle kunna utgöra en behövlig dimension i personcentrerad omvårdnad. En intersektionell analys

kan vara ett konkret verktyg för den sjuksköterska som önskar skaffa sig den kunskap som behövs för att ge en vård som är på patientens villkor, utefter hens behov och unika situation. Det blir också av vikt att genom hela processen tillskriva patienten handlingsförmåga och att se den som ett subjekt. På så sätt tror vi att personcentrerad vård på ett bättre sätt skulle kunna bidra till det empowerment som Alharbi et al. (2012) diskuterar. Hur teorier om personcentrerad vård och intersektionalitetsperspektivet kan integreras skulle kunna utgöra en intressant diskussion, både inom omvårdnadsutbildning, forskning och praktik. Kanske är det här som en kritisk omvårdnadsteori skulle kunna växa fram?

Intersektionalitetsperspektivet som grund för ny kunskap

Vem får bli studerad?

Flera av författarna till studierna vi undersökt gör, liksom vi, ett grundantagande om att perspektivet kan bidra med något viktigt inom omvårdnadsfältet. Genom våra resultat och de slutsatser vi kan dra från dessa ser vi mycket som tyder på att detta antagande kan bekräftas. Emellertid finns det även aspekter av resultaten som pekar på problem med detta perspektiv. Som vi nämner under temat *Utsatthet i samhälle - utsatthet i hälsa* fokuserar en majoritet av texterna på kvinnors situation. I studien av Benbow et al. (2011) beskrivs intersektionalitetsperspektivet som ett sätt att röra sig från en förståelse av marginalisering som bara beroende av kön. Ändå framträder kön, tillsammans med etnicitet, som de främsta kategorier som fokuserats på i vårt material. Sju av tio artiklar behandlar enbart kvinnors utsatthet. Detta fokus kan förklaras delvis med perspektivets ursprung. Det växte fram som ett svar på en feminism, som alltför mycket glömde svarta och icke-vita kvinnors erfarenheter av förtryck (Lykke, 2003; Kelly, 2009). Något som intersektionell forskning fortfarande får kritik för, är just risken att olika etniska kvinnogrupper ses som helheter utan den inbördes variation som ett intersektionalitetsfokus borde föranleda (Bowleg, 2012). En av artiklarna rör kvinnors utsatthet för våld i nära relationer, men låter fokus istället ligga på en intersektionell förståelse av våldet. Det innebär att både mäns och kvinnor erfarenheter får ta plats, kopplat till migration, socioekonomisk klass och andra kategorier. Vi skulle efterlysa mer sådan forskning. Samt forskning med fokus på den utsatthet som män i olika positioner drabbas av, som ofta bara framträder som mörkertal i statistiken. Om vi än en gång vänder blicken mot antropologisk eller sociologisk forskning med intersektionalitetsperspektiv finns flera sådana studier, till exempel Mburu, Ram, Siu, Bitira, Skovdal och Holland (2014) som undersöker relationen mellan HIV-stigma och maskulinitet.

Inom forskning som rör intersektionalitet, både inom omvårdad och inom andra fält, går det alltså att se hur vissa kategorier nästan alltid går igen: kön, etnicitet och möjligtvis också klass. Andra kategorier, såsom ålder, transidentiteter och funktionsskillnader, både kroppsliga och intellektuella, lyser med sin frånvaro. Även detta pekar på viktig forskning som finns kvar att göra, om vi vill verka för att på riktigt komma till bukt med ojämlikheter inom hälsa i vår värld. Viktig kritik mot perspektivets tillämpning pekar på risken att gömma sig bakom en ansats att ta ett helhetsperspektiv på individen och alla dess kategoritillhörigheter via intersektionalitetsperspektivet, men i själva verket ändå bara titta på några kategorier (Lykke, 2005). Det går inte att tänka på allt, men det är därför av största vikt att en resonerar kring vilka kategorier en skall inkludera i sin forskning (Bowleg, 2012; Rogers & Kelly, 2011). Detta är kanske en av de viktigaste lärdomar vi tar med oss in i möjlig framtida forskning; att medvetet visa på varför en väljer eller väljer bort ett visst fokus, och vad det kan tänkas få för konsekvenser. Detta är vidare även något att ta med sig i konkreta patientmöten. Vilka

aspekter eller kategorier påverkar oss själva? Och vilka glömmar vi kanske bort att tänka utifrån just på grund av de vi själva är?

Perspektivet, tillgänglighet och kulturell kompetens

De resultat som presenteras i temat *Utsatta grupper som subjekt* går i linje med Bowleg (2012) som hävdar att interventioner framtagna utifrån utsatta och glömda grupper ger mer effektiva interventioner anpassade för fler, än de som tas fram baserat på den vita medelklassmannen. Den kunskap som skapas med hjälp av intersektionalitetsperspektivet, kring grupper som ofta tidigare glömts i forskning och utformning av interventioner, visar en bild av en vård som inte är utformad utefter alla sina potentiella patienter. Den grupp som redan är utsatt i första rummet, på grund av sociala strukturer kopplade till exempelvis klass, kön, etnicitet och migrationsstatus, får därmed en ytterligare utsatthet i form av sämre hälsa till följd av sämre vård. Kan detta vara en del i förklaringen till att utlandsfödda i Sverige söker vård bara hälften så ofta som svenskfödda med samma vårdbehov (SKL, 2009)? Som anges i de etiska riktlinjerna och kompetensbeskrivningen av sjuksköterskans arbete är målet och ansvaret för sjuksköterskan att praktisera god och jämlik vård (ICN, 2014; Socialstyrelsen, 2005). I linje med Benbow et al. (2011) och våra resultat presenterade under våra teman *Utsatta grupper som subjekt* och *Sjuksköterskans ansvar* anser vi att en brist på handling utefter riktlinjerna kan ses som ett aktivt upprätthållande av ojämlikhet och förtryck. För att följa riktlinjerna tror vi istället att det först och främst krävs ett tillgängliggörande av vården. Här vill vi återkoppla till kulturell kompetens, som kan ses som ett försök till ett sådant tillgängliggörande. Vi ser dock problem med detta begrepp; hur avgörs vad som är betingat av kultur och vad som är ett individuellt särdrag? Forskning visar att utbildningar som rör kulturell kompetens inte alltid bidragit till att ändra attityder hos vårdutövare eller till att utjämna skillnader i hälsa. Detta på grund av att kultur och identitet inte nog problematiserats. Om inte etnicitet och kultur diskuteras som socialt konstruerade och föränderliga faktorer befasts stereotyper och skillnadsskapande mellan grupper (Downing & Kowal, 2011; Powell Sears, 2012). I ljuset av detta vill vi med vårt resultat i ryggen peka på vikten av att varje sjuksköterska får utbildning kring hur samhällets organisering påverkar individen. Fokus bör vändas mot den egna maktpositionen som sjuksköterska, men även mot de faktorer som formar oss gällande både privilegier och förtryck. Sjuksköterskan bör via intersektionella verktyg skaffa sig kunskap om varje individ hen möter. Här återkommer också vikten av att tänka på de kategorier och påverkan av dessa som gärna glöms. Vi håller med Jiwre et al. (2009) när de påpekar att kulturell kompetens i den svenska kontexten är mindre sysselsatt med rasism och diskriminering än sina amerikanska och engelska motsvarigheter och att ytterligare forskning kring hur dessa frågor kan adresseras även i Sverige är av största vikt. Genom allt detta tror vi att verklig kulturell kompetens kan skapas. Utan detta kan vi inte tala om det goda bemötande som är så viktigt för att patienter ska få bra vård och i slutändan en bättre hälsa. Dock vill vi liksom Downing & Kowal (2011) understryka vikten av att denna kulturella kompetens bör genomsyra hela vårdorganisationen och dess institutioner så att inte förändringen av ojämlikheter och förtryck inom vården blir sjuksköterskans enskilda ansvar.

Det handlar om makt

I studier av utsatta grupper finns alltid en risk för att reproducera en bild av gruppen som offer, vilket kan verka negativt snarare än positivt på hälsoläget hos denna grupp. Som nämns under temat *Utsatta grupper som subjekt* finns det i de granskade studierna både bra och

dåliga exempel på hur utsatta grupper framställts. Under läsningarna av den studie Ngum Chi Watts et al. (2014) gjort om kvinnor som migrerat från afrikanska länder och blivit mödrar i ung ålder, anade vi en bild av kvinnorna som offer. Kvinnornas föreställningar om preventivmedel beskrivs som fyllda av myter och missuppfattningar. Utan en diskussion om att detta är fallet för en mängd olika grupper anser vi att resultatet bidrar till ett narrativ om just denna grupp som "dum". Författarna visar hur olika faktorer samverkar och påverkar dessa kvinnors inställning till preventivmedel, och syftet med studien är att öka deras sexuella hälsa genom att ge omvårdnadspersonal möjlighet att utifrån resultaten skapa anpassad information. Trots detta betonas hela tiden att de är präglade av myter och okunskap och därför blev gravida fast de inte borde blivit det. De framställs som offer för sina omständigheter. Risken är att den information som skulle utformas utifrån detta resultat snarare skulle distansera eller rent av förolämpa den grupp en önskar nå. Likheterna, eller kanske snarare skillnaderna, mellan studierna gjorda av Ngum Chi Watts et al. (2014) och Robertson (2015) är slående. Robertson (2015) intervjuar även hon en grupp migrerade kvinnor, men om deras upplevelse av graviditet i det nya landet. Här porträtteras kvinnorna istället som subjekt som innehar agens. "Skulden" för problem under graviditeten läggs snarare på vårdsidan i en intersektionell, mångbottnad, förklaringsmodell där läsaren får en ökad förståelse för hur situationer kan uppstå och vad det medför vad gäller bemötande och behandling.

I temat *Utsatthet i samhälle - utsatthet i hälsa* framkommer det att även bland övriga studier finns sätt att hantera risken för ett negativt reproducerande av underordning, samtidigt som kunskap skapas om hur ojämlikheter i hälsa kan förändras. Genom att använda intersektionalitetsperspektivet till att vända luppen mot det som skapar motståndskraft i en utsatt situation eller för en utsatt grupp skapas viktig kunskap om vilka faktorer som kan bidra till skillnad i hälsa och livsvillkor (Giesbrecht et al., 2015). Det kan även handla om en aktiv ingång i analysen av vissa beteenden, där tolkningen utgår från forskningsobjektet som just ett handlande subjekt som gör som hen gör för att klara sin situation (Benbow et al., 2011; Van Herk et al., 2011). I vissa av studierna lyfter forskarna istället de privilegier som normpositionen besitter: Vilka aspekter av en vit medelklassmans tillvaro som ger honom möjlighet att klara av en viss situation till exempel (Saarnio et al., 2012; Holmgren et al., 2014). I alla dessa exempel handlar det om att titta på både motstånd och förtryck. Detta är också något vi tror är av största vikt i sjuksköterskans möte med patienter. Det blir en fördjupning, om en så vill, av omvårdnadsdiagnosernas problem, resurser och risker.

Att redovisa sina resultat och slutsatser om deltagarna på ett respektfullt och genomtänkt sätt är en del i en ansvarsfull forskning. I resultatdelen som rör temat *Synen på forskarrollen* beskriver vi hur forskningsprocessen i flera av de granskade studierna karakteriserats av delaktighet av den beforskade gruppen. Member-checking, inkluderingen av flera röster om ett fenomen och att deltagarna själva fått besvara själva forskningsfrågan är olika sätt som använts för att inkludera och delaktiggöra. På detta vis ges deltagarna en roll och en aktiv plats i kunskapsproduktionen. Vi tycker att det visar att forskarna med hjälp av intersektionalitetsperspektivet tar ansvar för den maktposition som forskarrollen innebär. Det sker en förflyttning från att se deltagare som bara forskningsobjekt till att se dem som medforskare. Detta är självklart något som går igen i flera andra kvalitativa forskningsansatser såsom grounded theory eller olika typer av aktionsforskning. Det är inte heller något som automatiskt följer på ett användande av intersektionalitetsperspektiv, vilket

blir tydligt i studien om tonårsmödrarna som diskuterats ovan. Likväl tycker vi oss kunna se det som en naturlig förlängning av perspektivets teoretiska del. Caiola et al. (2014) menar att forskningen utifrån ett sådant tankesätt blir en intervention i sig. Det blir ett medvetandegörande som kan bidra till empowerment och på vis ett led i att konkret utjämna hälsoskillnader. Detta finner vi oerhört spännande och det går igen i Rogers & Kellys (2011) resonemang om intersektionalitetsperspektivets konsekvenser för forskning. Perspektivet ger en ingång till att motverka maktstrukturer och ojämlikhet även inom själva forskningen, utöver målet att motverka dem och stärka hälsa på samhälls- och individuella plan (Rogers & Kelly, 2011).

Implikationer för praxis

Utifrån våra resultat kan vi se ett behov av ytterligare utbildning för sjuksköterskor för att bättre kunna möta patienter från utsatta grupper samt motverka ojämlikheter i hälsa i stort. En sådan utbildning skulle kunna syfta till att skapa förståelse för hur ojämlikheter i hälsa uppkommer och hur detta sitter ihop med ojämlikheter i samhället och samverkan mellan olika maktordningar. På så vis kan den bidra till att sjuksköterskan får en större förståelse för, och ett bättre bemötande till, sina olika patienter. En sådan utbildning skulle kunna innehålla intersektionell samtalsteknik och verktyg för en intersektionell analys av patientens problem, risker och resurser. Den skulle även innehålla en del där sjuksköterskan fick undersöka sin egen identitet, sina privilegier och förtryck samt de fördomar hen har och sätta dem i ett större samhälls- och perspektiv. Sjuksköterskan skulle få chans att få fundera över hur dessa fördomar påverkar kontakten och arbetet med patienter och om "jobbiga" patienter och "konstiga" beteenden går att förstås annorlunda i ljuset av detta. En utbildning i intersektionalitetsperspektivet anser vi är i linje med både personcentrerings- och tankar om kulturell kompetens och kan därmed bli en del i att ge ett bättre bemötande, bättre omvårdnad och i förlängningen en bättre hälsa.

Avslutande reflektioner

Sjuksköterskans ansvar och uppgift att arbeta med att stärka hälsa och öppet motverka ojämlikheter i hälsa utvecklas och fördjupas genom intersektionalitetsperspektivet såsom det presenterats i våra resultat. Vår värld präglas av klyftor mellan grupper, förtryck av vissa grupper och stora omflyttningar av befolkningsgrupper på grund av krig, klimatkatastrofer och globaliseringen av ekonomin. Detta samtidigt som allt fler lever längre och välfärdssjukdomarna ökar. Allt detta innebär en enorm utmaning för sjuksköterskan och vården i stort. Från det lilla mötet med den enskilde patienten som skall präglas av ett bra respektfullt bemötande, till större insatser som måste till för att öka och bevara hälsa hos alla och inte bara hos vissa grupper. Allt detta kräver forskning som producerar evidensbaserad kunskap. I ljuset av detta vill vi avsluta vår resultatdiskussion med Kelly (2009) och Weber (2006) som argumenterar för vinsterna med att det biomedicinska perspektivet inom omvårdnadsforskning integreras med ett intersektionellt perspektiv. Det handlar inte om det ena eller det andra. Istället skall metoder och teorier utvecklas för att kunna bedriva omvårdnadsforskning utifrån en helhetsförståelse av hälsa som beroende av samhällets organisering och hur det påverkar individer olika på grund av en mängd faktorer (Kelly, 2009; Weber, 2006). De föränderliga och kontextuellt beroende faktorerna måste förstås och sättas i relation till varandra och till både individens upplevda hälsa och de skillnader som kan ses på samhälls- och nivå. Endast så kan vi på riktigt komma till bukt med de ojämlikheter i hälsa som finns idag.

Referenslista

Alharbi, T., Ekman, I., Olsson, L., Dudas, K., & Carlström, E. (2012). Organizational culture and the implementation of person centered care: Results from a change process in Swedish hospital care. *Health Policy*, 108(2/3), 294-301. doi:10.1016/j.healthpol.2012.09.003

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2. utg. ed.). Stockholm: Natur och kultur.

Benbow, S., Forchuk, C., & Ray, S. L. (2011). Mothers with mental illness experiencing homelessness: a critical analysis. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 18(8), 687-695. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01720.x

Borglin, G. (2012). Mixad metod: en introduktion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 269-287). Lund: Studentlitteratur.

Bowleg, L. (2012). The Problem With the Phrase Women and Minorities: Intersectionality-an Important Theoretical Framework for Public Health. *American Journal Of Public Health*, 102(7), 1267-1273. doi:10.2105/AJPH.2012.300750

Caiola, C., Docherty, S. L., Relf, M. & Barroso, J. (2014). Using an Intersectional Approach to Study the Impact of Social Determinants of Health for African American Mothers Living With HIV. *Advances In Nursing Science*, 37(4), 287-298. doi:10.1097/ANS.0000000000000046

Choby, A. A., & Clark, A. M. (2014). Improving health: structure and agency in health interventions. *Nursing Philosophy*, 15(2), 89-101. doi:10.1111/nup.12018

Chulach, T., & Gagnon, M. (2013). Rethinking the Experience of HIV-Positive Refugee Women in the Context of Pregnancy: Using an Intersectional Approach in Nursing. *Research & Theory For Nursing Practice*, 27(4), 240-256. doi:10.1891/1541-6577.27.4-240

Crenshaw, K. (1993). *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color*. Hämtad 2015-10-30 från <http://www.heinonline.org.ezproxy.ub.gu.se/HOL/Page?page=1241&handle=hein.journals%2Fstflr43&collection=journals>

Daniels, J. & Schultz, A. (2006). Constructing whiteness in health disparities research. I. A. Schultz & L. Mullings (Eds) *Gender, race, class and health: intersectional approaches* (s. 89-127). San Fransisco, CA: Jossey-Bass

Davy, Z. (2011). The promise of intersectionality theory in primary care. *Quality In Primary Care*, 19(5), 279-281.

Downing, R. & Kowal, E. (2011) Putting Indigenous cultural training into nursing practice. *Contemporary Nurse* 37(1): 10-20.

Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad - definition, mätskalor och hälsoeffekter. I D. Edvardsson. (Red.) *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s. 29-39). Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., & ... Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care — Ready for prime time. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Eriksson, K., Vaasan sairaanhoitopiirin kuntainliitto, & Åbo Akademi. (1995). *Den mångdimensionella hälsan: Verklighet och visioner*. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Forman, L. & Bomze, S. (2012). International human rights law and the right to health: An overview of legal standards and accountability mechanisms. I G. Backman. (Red.) *The right to health: Theory and practice*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133-143). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012b). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.37-46). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012c). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.111-120). Lund: Studentlitteratur.

Förenta Nationerna. (1948). *The Universal Declaration of Human Rights*. Hämtad 2015-09-10 från <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>

Förenta Nationerna. (1976). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Hämtad 2015-09-10 från <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

Giesbrecht, M., Wolse, F., Crooks, V. A., & Stajduhar, K. (2015). Identifying socio-environmental factors that facilitate resilience among Canadian palliative family caregivers: A qualitative case study. *Palliative & Supportive Care*, 13(3), 555-565. doi:10.1017/S1478951513001028

Gonzales, G., & Ortiz, K. (2015). Health Insurance Disparities Among Racial/Ethnic Minorities in Same-Sex Relationships: An Intersectional Approach. *American Journal of Public Health*, 105(6), 1106-1113. doi:10.2105/AJPH.2014.302459

Guruge, S., Khanlou, N., & Gastaldo, D. (2010). Intimate male partner violence in the migration process: intersections of gender, race and class. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 103-113. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05184.x

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.471-479). Lund: Studentlitteratur.

Holmgren, J., Emami, A., Eriksson, L. E., & Eriksson, H. (2014). Intersectional perspectives on family involvement in nursing home care: rethinking relatives' position as a betweenship. *Nursing Inquiry*, 21(3), 227-237. doi:10.1111/nin.12046

International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Jirwe, M., Gerrish, K., Keeney, S., & Emami, A. (2009a). Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2622-2634. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02734.x

Jirwe, M., Momeni, P & Emami, A. (2009b). Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.) (s. 453-469). Studentlitteratur: Lund

Kelly, U. (2009). Integrating intersectionality and biomedicine in health disparities research. *Advances in Nursing Science*, 32(2), 42-56. doi:10.1097/ANS.0b013e3181a3b3fc

Lykke, N. (2003) Intersektionalitet - ett användbart begrepp för genusforskningen *Kvinnovetenskaplig Tidskrift* 03:1

Lykke, N. (2005) Nya perspektiv på intersektionalitet - problem och möjligheter. *Kvinnovetenskaplig Tidskrift* 05:2-3

Lykke, N. (2009). *Genusforskning: En guide till feministisk teori, metodologi och skrift*. Stockholm: Liber.

Marshal, P., Dermody, S. S., Shultz, M. L., Sucato, G. S., Stepp, S. D., Chung, T., Burton, C. M., Markovic, N. & Hipwell, A. N. (2013). Mental health and substance use disparities among urban adolescent lesbian and bisexual girls. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19(5), 271-9. doi: 10.1177/1078390313503552.

Mburu, G., Ram, M., Siu, G., Bitira, D., Skovdal, M. & Holland, P. (2014) Intersectionality of HIV stigma and masculinity in eastern Uganda: implications for involving men in HIV programs. *BMC Public Health* 11(14). doi: 10.1186/1471-2458-14-1061

Ngum Chi Watts, M. C., Liamputtong, P., & Carolan, M. (2014). Contraception knowledge and attitudes: truths and myths among African Australian teenage mothers in Greater Melbourne, Australia. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(15/16), 2131-2141. doi:10.1111/jocn.12335

Pellmer, K., Wramner, B., & Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.

- Powell Sears, K. (2012). Improving cultural competence education: the utility of an intersectional framework. *Medical Education*, 46(6), 545-551. doi:10.1111/j.1365-2923.2011.04199.x
- Robertson, E. K. (2015) "To be taken seriously" : women's reflections on how migration and resettlement experiences influence their healthcare needs during childbearing in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 6(2), 59-65. doi: 10.1016/j.srhc.2014.09.002
- Rogers, J., & Kelly, U. A. (2011). Feminist intersectionality: Bringing social justice to health disparities research. *Nursing Ethics*, 18(3), 397-407. doi:10.1177/0969733011398094
- Saarnio, L., Arman, M., & Ekstrand, P. (2012). Power relations in patient's experiences of suffering during treatment for cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 271-279. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05731.x
- SCB (2015). *Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC)*. Hämtad 2015-09-15 från http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Levnadsforhallanden/Levnadsforhallanden/Undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ULFSILC/12202/12209/ULFSILC-2010-/Halsa/390530/
- SFS 1982:763. *Hälsa- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SKL (2007). *(O)jämsställdhet i hälsa och vård*. Stockholm: SKL
- SKL (2009). *Vård på (o)lika villkor*. Stockholm: SKL
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Van Herk, K., Smith, D., & Andrew, C. (2011). Examining our privileges and oppressions: incorporating an intersectionality paradigm into nursing. *Nursing Inquiry*, 18(1), 29-39. doi:10.1111/j.1440-1800.2011.00539.x
- Veenstra, G. (2013). Race, gender, class, sexuality (RGCS) and hypertension. *Social Science & Medicine*, 8916-24. doi:10.1016/j.socscimed.2013.04.014
- Weber, L. (2006). Reconstructing the landscape of health disparities research. In A. Schultz & L. Mullings (Eds). *Gender, race, class and health: intersectional approaches* (s. 21-60). San Fransisco, CA: Jossey-Bass
- Wikström, H. (2009) *Etnicitet* Stockholm: Liber.
- Willman, A. (1996). *Hälsa är att leva: En teoretisk och empirisk analys av begreppet hälsa med exempel från geriatrisk omvårdnad*. Stockholm: Vårdförb. SHSTF

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet..* Lund: Studentlitteratur.

World Health Organisation. (1948). *WHO definition of health*. Hämtad 2015-09-15 från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.45-71). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga I: Söktabeller

Tabell 1. Cinahl 2015-09-22. Begränsningar: peer-reviewed, publication dates 2010-2015

	Sökord	Antal träffar	Relevanta abstracts	Lästa artiklar	Valda artiklar
1	Intersectional*	126			
2	Intersectional* AND nurs*	15	13	10	Holmgren et al., 2014; Caiola et al., 2014; Van Herk et al., 2011; Giesbrecht et al., 2015; Saarnio et al., 2012
3	Intersectional* AND patient	15	12 (varav 5 samma som rad 2)	2	
4	Sex factors AND race factors AND social class	18	2	1	
5	Power relations AND nurs*	28	3		

Tabell 2. Pubmed 2015-09-22. Begränsning: publication dates 2010-01-01–2015-12-31

	Sökord	Antal träffar	Relevanta abstracts	Lästa artiklar	Valda artiklar
1	Intersectional* AND nurs*	35	23 (varav 12 samma som i tabell 1)	4	Marshall et al., 2013; Ngum Chi Watts et al., 2014; Benbow et al., 2011
2	Intersectional* AND patient	25	9 (varav 2 samma som rad 1)	1	Robertson 2015
3	Sex factors AND race factors AND social class AND nurs*	8	4	1	Guruge et al., 2010
4	Power relations AND nurs*	532			
5	Power relations AND nurs* AND social justice	14	2		
6	Power relations AND nurs* AND cultural diversity	9	1		

Bilaga II: Artikelöversikt

Titel: Mothers with mental illness experiencing homelessness: a critical analysis.

Författare: Benbow, S., Forchuk, C. & Ray, SL.

Publikationsår: 2011

Land: Kanada

Tidskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing

Nyckelord: *Feminist intersectionality, Health, Homelessness, Mothers, Nursing*

Syfte: Utifrån ett feministiskt intersektionalitetsperspektiv undersöks förtryck baserat på sociala kategorier hos hemlösa mödrar som har psykisk ohälsa. Författarna vill även undersöka deras motståndshandlingar. Genom detta vill författarna förstå hur kvinnornas hälsa kan ökas.

Metod: Studien utgår från kritisk teori och feministisk intersektionalitet. Sekundäranalys av transkriberad data framkommen genom två kritisk-etnografiska fokusgruppsstudier; fokuserade på psykisk hälsa och boende respektive etnokulturell diversitet i relation till psykisk ohälsa och hemlöshet. Urvalet utgjordes av sju fokusgrupper från dessa studier med totalt 67 deltagare som antingen var hemlösa mödrar med psykisk ohälsa eller socialarbetare som arbetade med dessa kvinnor. Kvinnornas psykiska ohälsa var självdefinierad och hemlöshet tolkades på ett brett sätt.

Resultat: Författarna understryker att hemlösheten, moderskapet och den psykiska ohälsan tillsammans med andra faktorer utgör väldiga hinder att nå hälsa och få tillgång till hälsoresurser. Arbeta för att stärka dessa kvinnor måste göras både på strukturellt och individuellt plan. Resultatet presenteras i tre teman: Förtryck utifrån samverkande sociala kategorier, Att sitta fast: förtryckscykeln och Vi ger ej upp: motstånd genom ihärdighet. Samtliga teman visar på hur yttre kontexter påverkar kvinnornas moderskap på olika sätt och även deras tillgång till hälsa och vård.

Etisk granskning: Ja

Kvalitet: Hög

Titel: Intimate male partner violence in the migration process: intersections of gender, race and class.

Författare: Guruge, S., Khanlou, N. & Gastaldo, D.

Publikationsår: 2010

Land: Kanada

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

Nyckelord: *Canada, Class, Gender, Intimate partner violence, Migration process, Race, Sri Lanka, Tamils*

Syfte: Att redogöra för Sri Lankesiska tamilska immigranternas perspektiv på faktorer som bidrar till mäns våld i nära relationer i den postmigrantiska kontexten.

Metod: Studien utgår från ett postkolonialt feministiskt perspektiv, ekosystemiskt ramverk och utforskande, kvalitativ beskrivande studiedesign. Individuella intervjuer med 16 personer med samhällsledande funktioner inom hälsa och integration, separatistiska fokusgrupper med 41 kvinnor och män (4-6 personer i var grupp), och individuella intervjuer med 6 kvinnor som upplevt partnervåld utfördes. Data delades in i teman och analyserades samt relaterades till intersektionalitets- och mikro-, meso- och makroperspektiv.

Resultat: Deltagarnas upplevelse av hur mäns våld i nära relationer uppstår i den postmigrantiska kontexten delas in i fyra teman; upplevelser av våld innan och under migrationen, ojämställdhet inom äktenskapet, förändringar av socialt stöd och sociala nätverk, samt förändringar i socioekonomisk status och privilegier. Sjuksköterskor bör uppmärksamma dessa komplexa samverkande faktorer som leder till mäns våld i nära relationer i postmigrantisk kontext.

Etisk granskning: Ja

Kvalitet: Hög

Titel: Identifying socio-environmental factors that facilitate resilience among Canadian palliative family caregivers: A qualitative case study.

Författare: Giesbrecht, M., Wolse, F., Crooks, V. A. & Stajduhar, K.

Publikationsår: 2013

Land: Kanada

Tidskrift: Palliative and Supportive Care

Nyckelord: *Family caregivers, Resilience, Ethnography, Social environment, Palliative*

Syfte: Att genom intersektionalitetsperspektiv se på hur sociala och omgivningsfaktorer påverkar motståndskraft/friskfaktorer hos de som utför palliativ vård för närstående.

Metod: Sekundäranalys av en större etnografisk studie som använt kritisk standpointteori. Observation och djupintervjuer med 17 sjuksköterskor från hemsjukvård och 16 familjer bestående av vårdtagare och närstående vårdgivare. Både intersektionalitetsperspektiv och case-study metodologi har använts.

Resultat: Analysen av de två case-studierna visar att det är mer än individuella faktorer som påverkar individens motståndskraft och presenterar sex sociala eller omgivnings-faktorer som påverkar motståndskraften. Vidare visar analysen på hur dessa faktorer hör ihop och samverkar för att skapa motståndskraft. Författarna diskuterar vad dessa resultat får för implikationer för palliativ omvårdnad i hemmet. Denna kunskap ska hjälpa sjuksköterskor att lättare identifiera de som kan vara extra sårbara samt visar hur en kan stötta utvecklandet av motståndskraft. Dock betonas att alla inte kan utveckla denna.

Etisk granskning: Ja

Kvalitet: Hög

Titel: Contraception knowledge and attitudes: truths and myths among African Australian teenage mothers in Greater Melbourne, Australia.

Författare: Ngum Chi Watts, M., Liamputtong, P. & Carolan, M.

Publikationsår: 2014

Land: Australien

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

Nyckelord: *Adolescent health, African migrants, Motherhood, Refugee health*

Syfte: Att diskutera kunskap, attityder och idéer kring preventivmedel hos afroaustralianska tonåringar och kvinnor med flyktingbakgrund i Melbourne.

Metod: Kvalitativ analys som utgår från intersektionalitetsteori, kulturell kompetens och fenomenologi. Djupintervjuer med 16 kvinnor och tonåringar som flytt, eller har föräldrar som flytt, från afrikanska länder och som upplevt tonårsgraviditet.

Resultat: Kunskap om preventivmedel hos denna grupp är låg och fylld av myter.

Migrationsstatus och andra instabiliteter i deras liv samverkar och påverkar deras uppfattning om hälsa samt beslut kring preventivmedel.

Etisk granskning: Ja
Kvalitet: Medel

Titel: Power relations in patient's experience of suffering during treatment for cancer.

Författare: Saarnio, L., Arman, M. & Ekstrand, P.

Publikationsår: 2012

Land: Sverige

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

Nyckelord: *Gender, Hermeneutic, Nursing, Patients with cancer, Power relations, Suffering*

Syfte: Att undersöka hur patienter som har cancer upplever lidande i relation till olika maktrelationer.

Metod: Kvalitativa intervjuer med 14 kvinnor och 12 män som får behandling för olika cancerdiagnoser. Tolkningen av data gjordes utifrån de två teoretiska perspektiven lidande och intersektionalitet och med en hermeneutisk approach.

Resultat: Tre huvudteman upptäcktes; patientens komplexa känsla av kontroll, sårbara effekter av kroppsliga förändringar, och den inre överlevnadsstriden. Sociala ojämlikheter, förmodligen länkat till social hierarki, ökar lidandet hos människor med cancer. Till exempel hade cancerpatienter som är kvinnor, har låg utbildning och tillhör en etnisk minoritet ett större lidande än de med hög utbildning som tillhörde en etnisk majoritet.

Etisk granskning: Ja

Kvalitet: Hög

Titel: Examining our Privileges and Opressions: incorporating an intersectionality paradigm into nursing.

Författare: Van Herk, K. A., Smith, D. & Andrew, C.

Publikationsår: 2011

Land: Australien

Tidskrift: Nursing Inquiry

Nyckelord: *Identity, Intersectionality, Postcolonial feminism, Whiteness*

Syfte: Att visa på sätt att använda intersektionalitetsperspektivet i omvårdnad för att undersöka förtryck och privilegier.

Metod: Sekundäranalys av en större forskningsstudie bestående av kvalitativa intervjuer rörande vårdmöten med personer från olika ursprungsfolk i Kanada. I föregående studie framkom att frågor kring etnicitet, kön och socioekonomisk status och hur de togs emot av sjukvården var problematiska för deltagarna. Av dessa totalt 25 intervjuer valdes 5 ut, som ansågs särskilt rika på information om specifika behov hos ursprungsfolkskvinnor i vårdmöten. Materialet analyserades med utgångspunkt i kritisk intersektionalitetsteori. Författarna presenterade teman och preliminära resultat för studien på ett möte där deltagarna och representanter från lokala ursprungsfolksgrupper fick vara med och diskutera dem.

Resultat: Intersektionalitet som perspektiv och analysverktyg av en forskningsstudie kan öka förståelsen för minoritetsgruppers, som till exempel ursprungsfolkskvinnors, specifika behov i hälso- och sjukvården.

Etisk granskning: Ja

Kvalitet: Hög

Titel: "To be taken seriously": women's reflections on how migration and resettlement experiences influence their healthcare needs during childbearing in Sweden.

Författare: Robertson, E. K.

Publikationsår: 2015

Land: Norge

Tidskrift: Sexual & Reproductive Healthcare

Nyckelord: *Women, Perinatal support, Migration, Discrimination, Quality of care, Intersectional approach*

Syfte: Att med hjälp av intersektionell approach analysera kvinnors reflektioner kring upplevelsen av hur migration till Sverige påverkat deras hälsa och behov av hälsovård under graviditet.

Metod: Fokusgruppsintervjuer, parintervjuer samt djupintervjuer med 25 kvinnor som migrerat till Sverige från totalt 17 olika länder. Kvalitativ innehållsanalys med intersektionell approach användes, beaktande samverkan av etnicitet, socioekonomisk status och kön.

Resultat: Svårigheter kring erfarenheter av migration och att bli ignorerad och avvisad av sjukvården skapade kroppsliga erfarenheter av sårbarhet och spänning hos kvinnorna samt fick dem att känna sig mindre värda och diskriminerade. De kände sig starkare och fick färre komplikationer när de blev tagna på allvar och kände att de hade en förtroendefull, vårdande relation med vårdgivarna. Då kunde deras självkänsla stärkas och de kunde se sin förmåga och "förkroppsligade kunskap". Författaren talar om en trippel utsatthet och visar hur detta gör att dessa kvinnor har ett utökat behov av trygghet och förståelse från vårdgivarna och att hörsamma detta blir en fråga både om jämlikhet och patientsäkerhet.

Etisk granskning: Ja

Kvalitet: Hög.

Titel: Intersectional perspectives on family involvement in nursing home care: rethinking relatives' position as a betweenship.

Författare: Holmgren, J., Emami, A., Eriksson, L. E. & Eriksson, H.

Publikationsår: 2014

Land: Sverige

Tidskrift: Nursing Inquiry

Nyckelord: *Elder care, Institutional care, Intersectional perspective, Involvement, Nursing homes, Nursing staff, Power structure, Relatives*

Syfte: Att genom ett intersektionalitetsperspektiv söka förstå närståendes roller inom äldreboendevård.

Metod: Som del i en större etnografisk studie om närståendes roll i äldrevård gjordes en innehållsanalys av 15 genomförda kvalitativa intervjuer på svenska äldreboenden. Analysen är också gjord från ett intersektionalitetsperspektiv och fokus ligger på relationen mellan de boende och deras familjer och relationen mellan de närstående och äldreboendet som institution och personalen som arbetar där.

Resultat: Presenteras i tre teman som rör: könets avgörande för den del en tar i omvårdnaden, upplevelsen att vårdenheten och dess personal skapar utanförskap, samt normer kring hur en närstående skall vara för att passa in. Det krävs kunskap och medvetenhet om att äldreboendekulturen baseras på intersektionella maktstrukturer för att anhöriga ska kunna involveras i äldreboendevård på alternativa och individuella sätt.

Etisk granskning: Ja

Kvalitet: Hög

Titel: Mental health and substance use disparities among urban adolescent lesbian and bisexual girls.

Författare: Marshal, P., Dermody, S. S., Shultz, M. L., Sucato, G. S., Stepp, S. D., Chung, T., Burton, C. M., Markovic, N. & Hipwell, A. N.

Publikationsår: 2013

Land: USA

Tidskrift: Journal of American Psychiatric Nurses Association

Nyckelord: *Adolescent girls, Sexual orientation, Mental health, Substance use, Intersectionality*

Syfte: Att titta på skillnader i droganvändning och psykisk ohälsa hos flickor som identifierar sig som tillhörande sexuella minoriteter respektive heterosexuella flickor, och specifikt se på om gruppen afroamerikaner skiljer sig från resterande. Hypotesen som baseras på intersektionalitetsperspektivet är att det finns högre grad av droganvändning och psykisk ohälsa hos de flickor som både tillhör en sexuell- och etnisk minoritet.

Metod: Tvärsnittsstudie om hälsan hos flickor i åldrarna 16-19 år i Pittsburg. 2876 flickor tillfrågades, och 2451 flickor deltog i den större ursprungsstudien. För denna studie inkluderades endast de flickor som svarat på frågan om sexuell identitet; 2064st. Kvantitativ metod med regressionsanalyser som kontrollerade för ålder, klass, föräldrarnas utbildningsbakgrund och ras användes. En mängd skattningsskalor och enkätfrågor användes för att täcka in alla data artikelförfattarna ville komma åt kring sexuell identitet, droganvändning och psykisk ohälsa. Sexuell identitet självskattades så att flickorna fick kryssa i om de hade lesbisk, bisexuell eller heterosexuell identitet. Flickor som kryssat i lesbisk eller bisexuell identitet utgör tillsammans gruppen Sexual Minority Girls (SMG). Demografiska fakta samlades in från flickornas respektive målsmän. Här ingick flickornas ålder och etnicitet samt målsmäns högsta utbildningsnivå. Frekvens av substansbruk mättes med the Nicotine, Alcohol and Drug Use scale. Symptom på trots- och uppförandestörning under senaste året mättes med the Adolescent Self-Report Inventory 4. Symptom på depression och suicidtankar under det senaste året mättes med the Adolescent Symptom Self-Report Inventory-4. Senaste årets symptom på oro mättes med the Self-Report for Childhood Anxiety Related Disorders. Symptom på emotionell instabil personlighetsstörning (BPD) mättes med the International Personality Disorders Examination. Självskadebeteende mättes med SCID-I.

Resultat: SMG:s redovisar ett tydligt mönster i stora skillnader i externaliserande och internaliserande symptom, samt stora skillnader i symptom på emotionell instabil personlighetsstörning jämfört med den heterosexuella gruppen. Det framkom inga bevis för att skillnaderna skulle ha med etnicitet att göra. Dock skulle det vara till nytta för SMG:s och deras familjer med interventions- och preventionsprogram för att minska ojämlikheter bland denna sårbara population.

Etisk granskning: Ja

Kvalitet: Medel

Titel: Using an intersectional approach to study the impact of social determinants of health for african american mothers living with HIV.

Författare: Caiola, C., Docherty, S., Relf, M. & Barroso, J.

Publikationsår: 2014

Land: USA

Tidskrift: Advances in Nursing Science

Nyckelord: *African American, Class, Gender, Health inequity, Human immunodeficiency virus, Intersectionality, Motherhood, Race, Social determinants of health, Stigma*

Syfte: Att bredda diskussionen kring hur sjuksköterskor begreppsmässigt kan närma sig hälsa och ojämlikheter i hälsa.

Metod: Utforskande, diskuterande studie där intersektionalitetsperspektivet appliceras på en tänkt studie om sociala bestämningsfaktorer för afroamerikanska mödrar som lever med HIV. Genom detta undersöks nyttan av en intersektionell approach för att skapa kunskap inom omvårdnad.

Resultat: Även om det vetenskapliga samfundet har erkänt den roll som sociala bestämningsfaktorer har när det gäller skapandet av ojämlikheter i hälsa, så har det misslyckats med att skapa en signifikant process framåt, mot interventioner som kan utjämna skillnader i hälsa. Omvårdnadsforskare måste expandera sin förståelse för ojämlikheter i hälsa och de hjälpmedel som används för att undersöka dem. Intersektionalitetsperspektivet erbjuder en komplexitet i forskningen som matchar komplexiteten av de sociala krafterna som skapar ojämlikheterna och kan även konkretiseras till modeller för analys av specifika gruppers situation. Denna studies resonemang och den modell som konstrueras utifrån dessa är specifika för afroamerikanska mödrar som lever med HIV, men författarna menar att de kan modifieras för att reflektera över sociala bestämningsfaktorer för hälsa som är relevanta för en mångfald av andra populationer och erbjuder ett ramverk för ett sådant framtida arbete.

Etisk granskning: Inte aktuellt då ingen konkret studie utfördes.

Kvalitet: Hög